Rok XLII. Kraków 12 Grudnia 1903. Nr. 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O możliwości uodpornienia królików przeciwko śmiertelnym dawkom martwych prątków gruźlicy.

Podał

Dr. B. Dembiński.

Strauss[1]), wstrzykując co 10 dni słabe dawki martwych prątków gruźlicy i powiększając je stopniowo, spostrzegł pewne przyzwyczajenie się królików do tych prątków. „Można,“ pisze on, „przyzwyczaić króliki do bardzo znacznych dawek martwych prątków; dawki te, wstrzyknięte zwierzętom nieprzygotowanym, sprowadziłyby z pewnością wrażliwość swoistą względem gruźlicy“.

Nasuwa się ciekawe pytanie, czy króliki, odpowiednio przygotowane, mogą znieść śmiertelną dawkę martwych prątków.

Do niedawna jednak prawie niepodobna było określić śmiertelnej dawki martwych prątków gruźlicy, gdyż, jak wiadomo, prątki te, wstrzyknięte nawet w bardzo znacznej ilości pod skórę, do żył lub do otrzewnej zwierzęcia, wywołują tylko chorobę przewlekłą, która trwać może całe miesiące.

Zbadanie tej sprawy stało się możliwem dopiero dzięki pracy Borrela[2]), który wykazał, że martwe prątki działają nadzwyczaj silnie, jeżeli się je wstrzyknie do mózgu.

Z doświadczeń naszych wynikło, że martwe prątki, wstrzyknięte do mózgu w dawce 1 centygrama, zabijają królika niechybnie w ciągu 5 do 24 godzin. Lecz zwykle 2 miligramy prątków wystarczają już, by sprowadzić śmierć zwierzęcia w ciągu 24 do 48 godzin; niektóre króliki jednak nie giną w tym czasie i żyją jeszcze 15 do 30 dni.

Przejdźmy teraz do zagadnienia, czy króliki przygotowane mogą wytrzymać śmiertelną dawkę martwych prątków gruźlicy.

Sześciu królikom, ważącym średnio po 2000 gr., którym wstrzykiwano do żył co 10 dni wzrastające dawki martwych prątków, a mianowicie $^1/_{100}$, $^2/_{100}$, $^5/_{100}$, $^1/_{10}$, $^2/_{10}$, $^5/_{10}$, 1 miligram, wstrzykiwaliśmy następnie po 2 miligramy prątków do mózgu.

Sześciu królikom nieprzygotowanym wstrzyknęliśmy do mózgu takie same dawki martwych prątków.

Cztery króliki nieprzygotowane padły w ciągu 24 godzin, wykazując na sekcyi tylko przekrwienie opon mózgowych. Dwa ostatnie padły dopiero po 27 i 28 dniach, straciwszy na wadze przeszło po 600 gm. Sekcya wykazała opony przekrwione i zgrubiałe.

Króliki przygotowane, t. j. uodpornione, przedstawiały z początku tesame objawy zatrucia, co i króliki nieprzygotowane: podniesienie się ciepłoty o 2°—3°, drgawki, porażenie kończyn i t. d. Zwierzęta te w ciągu paru tygodni nie chciały jeść i chudły, lecz następnie poprawiły się, odzyskały apetyt i żyją. Niektóre króliki po pewnym przeciągu czasu zaczęły znowu chudnąć, lecz wystarczyło dać im lepsze pożywienie (owies, otręby), by się poprawiły i wróciły do dawnego stanu. Zabiwszy trzy króliki po 20 miesiącach, stwierdziliśmy w płucach mnóstwo drobnych gruzełków, a u jednego z nich opony mózgowe zgrubiałe i pokryte gruzełkami.

Doświadczenia te powtórzyliśmy jeszcze na 8 królikach, którym poprzednio wstrzykiwano do żył coraz silniejsze dawki martwych prątków. Wszystkie te zwierzęta wytrzymały śmiertelną dawkę martwych prątków, podczas gdy zwierzęta nieuodpornione padły w ciągu 1 do 30 dni.

Widzimy więc, że przez wstrzykiwanie wśródżylne coraz silniejszych dawek można uodpornić króliki przeciwko śmiertelnym dawkom martwych prątków gruźlicy.

Odporność takich królików jest jednak dosyć ograniczoną: jeżeli wstrzykniemy im dawki dwa lub kilka razy silniejsze od zwykłej dawki śmiertelnej (5 miligr. do 1 centygr.), to śmierć nastąpi równie szybko, jak u zwierząt nieuodpornionych.

[1]) Strauss. La tuberculose et son bacille.

[2]) Borrel. Comptes rendus de la Société de Biologie. t. LII. p. 358, 1900.

II. Z kliniki i pracowni dermatologicznej Prof. Reissa w Krakowie.

Przypadek samoistnych licznych mięsaków skóry.

Podał

Dr. Franciszek Krzyształowicz,

docent dermatologii Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy).

Guzki, powyżej opisane, leżą w skórze właściwej, otoczone pewnego rodzaju osłonką tak, że nowotwór odgranicza się ściśle od otoczenia, co makroskopowo robiło wrażenie, jakby guz dawał się łatwo wyłuszczyć z otoczenia. Od tej tkanki otaczającej, ściśle złączonej z resztą otoczenia i składającej się obok włókien tkanki łącznej (kolagen) z dużej ilości komórek wrzecionowatych, odchodzą smugi w głąb guzka, które rozdzielają go na pomniejsze guzki. Od tych przegród zaś idą gałązki boczne, powodujące rozdział drobnych guzków na małe zraziki. Smugom tkanki klejorodnej (kolagen), towarzyszą tak na obwodzie, jak i wewnątrz nowotworu włókna elastyczne. (*Fig. 2*).

Wśród tych cienkich przegród tkanki łącznej leżą powyżej opisane komórki, jedna obok drugiej dość ściśle, uci-

skając się wzajemnie i tworząc pojedyncze zraziki, z których cały guz się składa. Na obwodzie guzka leżą komórki mniejsze, lepiej się barwiące barwnikami zasadowymi, o pojedynczych jądrach; więcej ku środkowi zaś komórki są coraz większe, zawierają po kilka, lub kilkanaście jąder, a ich cytoplazma barwi się gorzej. Jądra również różnią się się między sobą, zależnie od miejsca: na obwodzie barwią się wyraźnie, tu i owdzie widać figury podziału; w częściach środkowych guzka zaś leżą, jak wspomniałem, w większej liczbie w każdej komórce, są więcej pęcherzykowate, mniej ziarniste, a figury podziału są nader rzadkie. Wreszcie zauważyć można, że duże komórki o licznych jądrach leżą luźno obok siebie tak, że wśród guza powstaje nieraz przestrzeń wolna, wytworzona jakby skutkiem wypadnięcia, lub rozpadu komórek. W innych miejscach znowu spostrzega się komórki o cytoplazmie jeszcze więcej jednolitej, bardzo słabo się barwiącej, a wewnątrz nich jądra rozpadające się w drobną ziarnistość, słabo się barwiącą barwnikiem zasadowym. A w końcu spotyka się i komórki rozpadłe w postaci skurczonych jąder, otoczonych tylko strzępami cytoplazmy.

Obok guzów dotąd opisanych, które uważać musimy za dłużej istniejące i z objawami rozpadu komórek, widzi

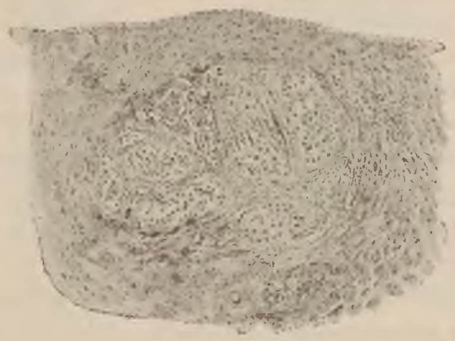


Fig. II.

się w skrawkach z guzków mniejszych, głębiej w skórze leżących, twory nieco odmiennego typu. Komórki, składające je, są podobno do poprzednio opisanych, ale raczej takich, które widzieliśmy w częściach obwodowych guzka: a zatem chociaż w stosunku do komórek tkanki łącznej duże, mniejsze jednak, niż w poprzednio opisanym typie guzków. Przytem w komórkach tych częściej spostrzega się jądra dzielące się, niż obfitość jąder w pojedynczej komórce. Cytoplazma ich barwi się wyraźniej, zarysy, jakoteż siatka plazmy, są widoczniejsze. Największą jednak różnicę stanowi ułożenie komórek w stosunku do tkanki klejorodnej. W guzkach poprzedniego typu była wyraźna zrazikowatość, bo gromady komórek, otoczone osłonką tkanki łącznej, tworzyły guzek; tutaj zaś komórki leżą wzdłuż włókien tkanki klejorodnej, która zachowuje swoje pierwotne położenie podłużne, a komórki układają się w szeregi, co szczególnie wyraźnie widać na obwodzie. To też w całym guzku, tak w środku jego, jak i w częściach obwodowych, spotyka się wiązki tkanki klejorodnej, jednakowe co do jakości i grubości, podobnie jak i komórki, składające guzek, nie przedstawiają między sobą wielkich różnic.

Wreszcie uderzającym jest jeszcze jeden nader ważny szczegół, t. j. powstawanie w środku guzka ogniska rozpadu komórek. W słabem powiększeniu widzi się w części środkowej guzka przestrzeń owalną, która zabarwia się tylko częściowo barwnikiem zasadowym, wyraźniej zaś obojętnym. Silniejsze powiększenie wykazuje, że ta przestrzeń zawiera znacznie mniejszą ilość takich komórek, niż w otoczeniu, obok tych zaś pojedyncze jądra skurczone, zabarwione jedne słabo, inne silniej, wreszcie ziarnistość drobną, powstałą z rozpadłych jąder i strzępy plazmy słabo się barwiącej.

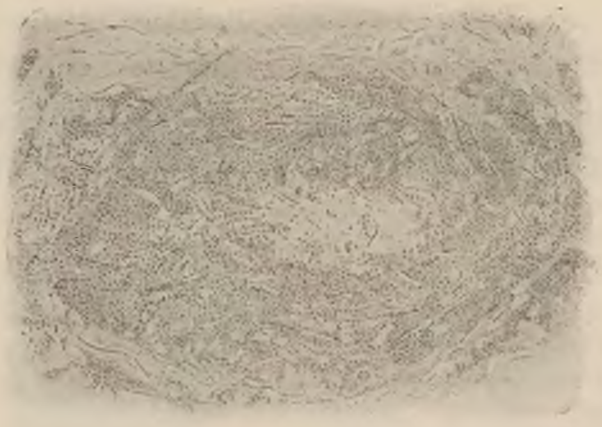


Fig. III.

Tło, barwiące się barwnikiem obojętnym, stanowi miazga jednolita, jakby zakrzepła, wśród której leżą wyżej wspomniane resztki tkanki. Mamy zatem obraz martwicy tkanki nowotworowej, z której pozostały tylko szczątki komórek i nieco włókien dobrze utrzymanej tkanki klejorodnej. (*Fig. 3*).

Guz o dopiero co opisanej budowie zawiera komórki o jednakowych cechach, prócz komórek tkanki łącznej, towarzyszących tkance klejorodnej, — mają bowiem ten sam kształt, wielkość, a nawet barwliwość, bez względu na miejsce, t. j. takie w środkowych, jak i obwodowych częściach. Przez ułożenie komórek między wiązkami tkanki klejorodnej obwód guzka nie jest tak ściśle odgraniczony, jak w postaci poprzedniej. Na końcu smug nowotworowych spotyka się dość często gromady komórek tkanki łącznej w różnej postaci, a zatem wrzecionowate i przerosłe komórki o dużej ilości plazmy gąbczastej i komórki plazmatyczne różnej wielkości.

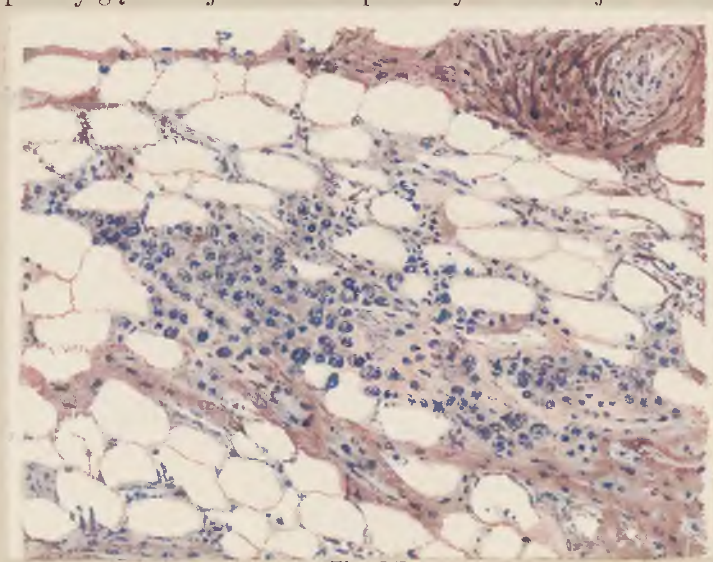


Fig. IV.

Podobne gromady komórek widzieć można i w otoczeniu guzków, na początku opisanych, w postaci albo skupionej gromadki, albo smug między drobnemi wiązkami tkanki klejorodnej. Wybitniejsze i zazwyczaj liczniejsze spostrzega się w miejscach wolnych od guzków, głównie w dolnych

częściach skóry właściwej; grupy te większe lub mniejsze składają się przeważnie z komórek plazmatycznych. Na brzegach większych guzków zaś widać, jak te komórki plazmatyczne zamieniają się w komórki coraz więcej do nowotworowych podobne: jądra dzielą się obficiej, co już widać w początkowych gromadach, zatracają coraz więcej ziarnistą chromatynę, stają się pęcherzykowate, ich cytoplazma zaś powiększa się, nabiera więcej jednolitego wejrzenia i barwi się gorzej barwnikiem zasadowym. *(Fig. 4).*

Guzek, który już z wejrzenia klinicznego robił wrażenie ustępującego, przedstawia obraz nieco odmienny. Obok komórek nowotworowych, dobrze jeszcze na pewnych miejscach utrzymanych, istnieje dużo jąder pokurczonych i rozpadających się, głównie zaś wielka ilość komórek tkanki łącznej. Całość zatem wskazuje na to, że tkanka łączna z otoczenia guzka rozrasta się na miejscu, czy na koszt znikającej tkanki nowotworowej. Wśród tej świeżo wytwarzającej się tkanki łącznej widzi się w miarę jej rozrostu coraz więcej drobnych naczyń i coraz grubsze smugi tkanki klejorodnej, a tu i ówdzie stosunkowo liczne komórki ziarenkowate *(Mastzellen).* Granica między nowotworem, a otoczeniem coraz więcej się zaciera, bo niema granicy między tkanką łączną otoczenia, a takąż, rozrastającą się w miejscu nowotworu. (*Fig. 5*).

Wreszcie miałem sposobność badać kawałek skóry, w którym obfity barwik, jakoteż resztki nacieku wskazywały, że nowotwór z tego miejsca ustąpił, co zresztą potwierdził i przebieg choroby. Obraz, jaki otrzymałem w skrawkach, potwierdził przypuszczenia z wejrzenia klinicznego; w tym kawałku skóry bowiem nie widziałem już wcale komórek nowotworowych, a tylko obfite komórki tkanki łącznej wzdłuż coraz obfitszych wiązek tkanki klejorodnej. Przy dobrem barwieniu tej tkanki widać, że nie przedstawia ona takich smug falistych, jak w skórze otaczającej, ale tworzy dość gęstą siatkę cieńszych włókien, wśród których leżą liczne młode komórki tkanki łącznej. Włóknom

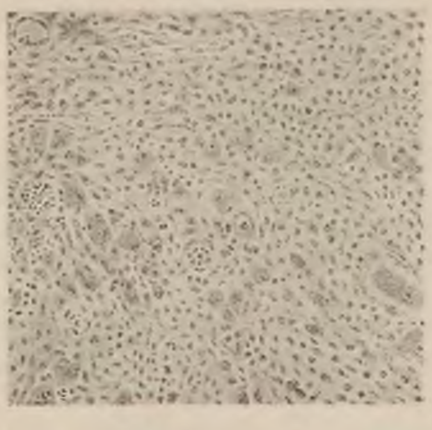


Fig. V.

tkanki klejorodnej towarzyszą drobne, ale obfite włókna elastyczne, nieco słabiej się barwiące, niż włókna otoczenia. Wśród tych świeżych komórek znajdują się już liczniej komórki wrzecionowate, niż w guzku ustępującym. W tej nowowytworzonej tkance zaś, a głównie powyżej niej w warstwie brodawkowej skóry, spostrzega się duże ziarna barwika różnego kształtu i zazwyczaj leżące luźno poza komórkami. Tylko w tych guzkach ustępujących spotykałem dość obfity barwik, którego jednak nie widziałem w guzkach nowotworowych. Podobnie nie było nigdy w żadnym z guzków śladów wynaczynień, dlatego nie mogę uważać obecności barwika za następstwo tych ostatnich, a raczej jako resztki po tkance nowotworowej. Naskórek nad tą, rzecby można, bliznowatą częścią skóry zdawał się być zanikły: smugi jego były krótsze, a szeregi komórek nieliczne. (*Fig. 6*).

Wspomniałem już powyżej, że naczynia w tkance nowotworowej są obfite, przeważnie bardzo drobne, w otoczeniu zaś naczynia większe są porozszerzane, otoczone płaszczem



Fig. VI.

komórek obfitszych, niż w stanie prawidłowym. Rozszerzenie naczyń spostrzega się najwybitniej w guzach dużych, szczególnie powyżej nich w warstwie brodawkowej.

Stosunek nacieków do naczyń jest tego rodzaju, że pierwsze grupują się w otoczeniu drobnych naczyń w sąsiedztwie naczyń większych w dolnej części skóry właściwej. W późniejszych okresach zauważyć można zgrubienia ścian naczyniowych i zwężenia ich światła. Ten objaw zgrubienia ścian występuje wyraźniej w skórze, w której wytworzyła się w miejscu nowotworu tkanka łączna, skóra bowiem jest w tych miejscach w całości ścieńczała, tkanka klejorodna o drobnych włóknach i w mniejszej ilości, przez co naczynia są znacznie widoczniejsze, zwłaszcza, że buja tkanka łączna warstwy zewnętrznej *(adventitia).*

Gruczołów potowych i łojowych nigdzie wśród nowotworu spostrzedz nie można. W tkance sąsiedniej widzi się je albo otoczone naciekiem plazmatycznym, albo większą ilością komórek tkanki łącznej, przyczem zauważyć można, że gruczoły ulegają zanikowi. Torebki włosowe przedstawiają podobne zmiany, doprowadzające także do ich zaniku.

Znajdowane w otoczeniu guzów nerwy nie zdawały się być zmienione.

W protokole sekcyi zwłok opisano guzy nowotworowe w znacznej ilości w płucach i wątrobie i jeden w osierdziu. Wszystkie te guzki przedstawiały w mikroskopie te same cechy anatomiczne, co guzki w skórze.

W tkance płucnej zatem znaleziono takie same zrazikowate nowotwory, złożone z komórek takich samych, jak w skórze, poprzedzielane także dość obfitemi smugami tkanki łącznej. Tkanka płucna, otaczająca guzy, była uciśnięta przez rozrastający się nowotwór i nadmierną ilość tkanki łącznej, rozwijającej się między pęcherzykami, a szczególnie około drobnych oskrzeli. Naczynia były także otoczone jak w skórze, bujającą tkanką łączną, niektóre dość znacznie rozszerzone.

W wątrobie spostrzega się podobne objawy: i tu nowo-

twory bujają na koszt tkanki gruczołowej, obok tego widać również znaczniejszy rozrost tkanki łącznej w otoczeniu nowotworów i wokoło naczyń. Szczególną uwagę jednak zwracałem na guzek, w którym makroskopowo wyraźne były objawy rozmiękania. To też w mikroskopie wśród tkanki nowotworowej zwraca uwagę ognisko o komórkach bardzo słabo się barwiących i rozpadających się, czyli ognisko martwicze (*necrosis*), odpowiadające ogniskom wewnątrz guzków w skórze.

Guzek, znaleziony przy sekcyi na powierzchni serca, nieco ponad nią wyniosły, leżał w osierdziu, podnosząc je i sięgając w dół w mięsień sercowy, który w miejscu zetknięcia guzka ma wiązki mięśniowe zanikłe. Tkanka łączna na powierzchni guzka i między zanikającemi komórkami mięśniowemi rozrasta się znacznie. Zrazikowatość guza, jakoteż komórki składające go, są takie same, jak w wyżej opisanych.

Dla porównania badałem również materyał z dwóch poprzednio spostrzeganych przypadków mięsaków typu Kaposiego i dlatego podaję tu znaleziony obraz.

Wycięte kawałki skóry z dużego palca ręki (z jednego przypadku) i kończyny dolnej (z drugiego przypadku) zawierały guzki, wysterczające nad powierzchnię skóry i guzy, leżące w skórze właściwej. Tak jedne, jak drugie, miały jednakową budowę. Guzki te składają się, jak widać w mikroskopie już w słabem powiększeniu, z komórek tkanki łącznej kształtu wrzecionowatego, ale większe, niż zwyczajne komórki w skórze, o jądrach podługowatych, pęcherzykowatych. Komórki te, ułożone gęsto obok siebie, tworzą jakby wiązki, przebiegające falisto w różnych kierunkach i dające zawsze pewien rysunek. Wśród tych komórek, a raczej między pojedynczemi wiązkami zauważyć można komórki tkanki łącznej innego kształtu, których jądra mają kształt więcej okrągławy, o chromatynie więcej ziarnistej i silniej się barwiącej, a ich cytoplazma jest również obfitsza, siatkowata, otaczająca jądra kształtem okrągławym. Cały guzek zaś tworzy dość ścisłą całość, bo wśród niego istnieją tylko cienkie włókna tkanki łącznej, a nigdy wiązki tkanki klejorodnej; otoczenie zaś stanowi rozsunięta tkanka klejorodna, zawierająca tu i owdzie komórki łącznotkankowe, obfitsze niż zwyczajnie. Na obwodzie zaś guzków małych, leżących na granicy tkanki podskórnej, widzieć można obok tych komórek łącznotkankowych, zazwyczaj licznych i różne przybierających kształty przez znaczny rozrost cytoplazmy gąbczastej (spongioplazmy), także obfite i duże komórki plazmatyczne, jakoteż przejścia między obu tymi rodzajami komórek (*Fig. 7*).

Komórki, tworzące nowotwór, zdają się przebiegać wzdłuż drobnych naczyń, które w guzie z łatwością nawet na dłuższej przestrzeni spostrzegać można. Wokoło guzka światła naczyń są rozszerzone i otoczone liczniejszemi niż zazwyczaj komórkami tkanki łącznej, które znajdują się w większej ilości i między wiązkami tkanki klejorodnej.

Prócz guzów dobrze wykształconych, oddzielających się wyraźnie od otoczenia, a leżących w skórze właściwej, widzieć można, czyto około drobnych naczyń, czy też gruczołów potowych, obfite nacieki o komórkach plazmatycznych (*Plazmazellen* Unna), podobne zatem, jak początkowe nacieki w poprzednim typie mięsaków, różne tylko tem, że podczas gdy w poprzednich obok komórek plazmatycznych istnieją postacie przejściowe do komórek, które spotykamy w nowotworze, to tutaj przeważają duże przerosłe komórki tkanki łącznej różnego kształtu, a komórki plazmatyczne są między niemi mniej lub więcej gęsto rozrzucone. Gromady te są dosyć duże, a czasami na obwodzie ich widać komórki, zbliżające się do typu tych komórek, które spotykamy jako

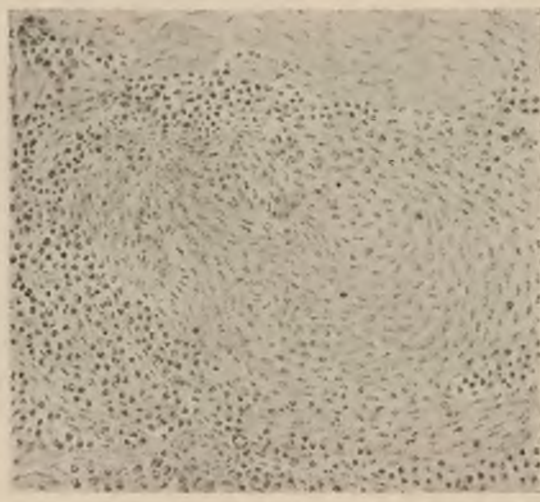


Fig. VII.

główny składnik guzów. Przytem tak te gromady, jak same nowotwory, nie mają tak ostrych granic od otoczenia, jak guzy poprzednio opisanego typu (zrazikowe), a ściśle są z niem złączone, odgraniczenie zaś stanowi różność tkaniny.

Sprawy wynaczynionek nie poruszam, bo nie spotykałem ich wcale, a tylko tu i owdzie ziarna barwikowe wśród guzów nowotworowych, przeważnie zaś znajdujące się w ich otoczeniu.

Opisany przypadek nie należy, jak to wykazałem, klinicznie do mięsaków typu Kaposiego,—podobnie i różnice histologiczne są znaczne. (Dokończenie nastąpi).

III. **Teorya mechanizmu trzeciego okresu porodowego**

Podał

Dr. Adolf Wątorek.

(Ciąg dalszy).

Mechanizm 1-szej fazy 3-go okresu. Chcąc należycie wyjaśnić sprawę odklejania się i wydalania poplodu w dalszym przebiegu porodu, musimy po kolei rozebrać mechanizm 1-ej fazy 3-go okresu we wszystkich odmianach, opierając się nietylko na wyżej wyliczonych faktach, zdobytych doświadczeniem fizycznem, ale także i przedewszystkiem na wynikach badania klinicznego przebiegu 3-go okresu.

a) Mechanizm prawidłowy. W mechanizmie trzeciego okresu najczęstszym, a więc prawidłowym, trzon i dno macicy bezpośrednio po porodzie dziecka niewiele odbiegają wielkością i kształtami od macicy pierwszych chwil połogu. Widoczna rzecz, że w jamie trzonu macicy, t. j. powyżej pierścienia skurczowego, niema dużo treści, któraby wpływała na rozciągnięcie się tych dwóch części macicy. Mam tu na myśli krwiak pozałożyskowy. Przyjąć należy, że jest tam samo łożysko z błonami bez krwiaka. Przez pewien czas (do 10 minut) ściany macicy są w tężcowym skurczu, obciskając łożysko ze wszech stron z pewną

siłą i wygniatając z niego krew w miejscu najmniejszego oporu, a więc do pępowiny, która jest napięta, oraz do dolnego brzegu łożyska, sąsiadującego najbliżej z pierścieniem skurczowym. Wobec tego, gdy górna partya łożyska jest atelektatyczną, dolna ulega erekcyi tak, że przyjąwszy nawet równomierną skłonność miejsca łożyskowego do ściągania się w czasie pierwszych chwil okresu, przedewszystkiem znajdą się najkorzystniejsze warunki do odklejenia się łożyska w sąsiedztwie dolnego brzegu łożyska. Dolna partya łożyska więc przedewszystkiem odkleić się musi, a że wobec tężcowo ściągniętych ścian macicy, dążących do kształtów macicy połogowej w pierwszych chwilach trzeciego okresu, wypuklić się nie może w jamie trzonu, bo nie pozwala na to naprzeciwległa napięta ściana macicy, więc pozostaje jedyne wyjście obsunąć się ku dołowi przez pierścień skurczowy do dolnego odcinka. Temu atoli przeszkadzają błony, silnie umocowane do okolicy pierścienia skurczowego i trudne do odklejenia, wobec czego z odklejonej dolnej części łożyska, oraz partyi błon okolicy pierścienia skurczowego, która odkleiła się, tworzy się duplikatura płaska, która wystercza poza pierścień skurczowy do jamy dolnego odcinka. Duplikaturę tę wybadamy zawsze w pierwszych chwilach 3-go okresu wewnętrznie.

Z przedartych naczyń błony doczesnej następowej napływa krew, która będąc pod naciskiem ścian trzonu, wylewa się w kierunku najmniejszego oporu, a zatem przedewszystkiem do owej płaskiej duplikatury tak, iż ta w miarę trwania 3-go okresu, staje się z płaskiej coraz to więcej wypukłą. Ponieważ płyn, zamknięty w naczyniu, poddany w jednym punkcie ciśnieniu, rozprowadza to ciśnienie równomiernie na wszystkie strony, więc i tu krew krwiaka z jednej strony prze na dolną część łożyska wypukloną, jak na tłok, a z drugiej strony prze na miejsca nieodklejone łożyska, oraz błony, pomagając je odkleić. W miarę odklejania się dalszych partyi łożyska natychmiast zmniejsza się odpowiednio miejsce łożyskowe, wobec czego zmniejsza się pojemność trzonu, co wywołuje wydalanie się dalszych partyi łożyska poza pierścień skurczowy. Nareszcie, gdy całe łożysko się odklei, a zarazem krwiak podminował błony w dnie i trzonie, znika przeszkoda dla obsunięcia się górnego brzegu łożyska tak, iż nareszcie i górna partya łożyska wytoczy się przez pierścień skurczowy do jamy dolnego odcinka, przyczem d o l n y b r z e g ł o ż y s k a, umocowany błonami do okolicy pierścienia skurczowego, odgrywa rolę punktu obrotu dla wywijającego się łożyska.

Że pierwsza faza 3-go okresu rozpoczyna się odklejeniem dolnego brzegu łożyska i przyległej małej partyi błon pierścienia skurczowego, mamy dowód w tem, iż krew krwiaka przedewszystkiem krzepnie w tej okolicy popłodu i silnie przyczepia się do dolnego brzegu łożyska, oraz przyległej partyi błon, dalej w tem, iż ta dolna partya łożyska niema na swej powierzchni podowodniowej żadnego sfałdowania, przeciwnie, jak reszta łożyska. Nareszcie badanie wewnętrzne w najwcześniejszych chwilach 3-go okresu zawsze zastaje już duplikaturę w jamie dolnego odcinka.

b) M e c h a n i z m S c h u l z e g o. W najbliższem pokrewieństwie z mechanizmem najczęstszym, a więc n o r m a l n y m, pozostaje mechanizm S c h u l t z e g o. Zasadniczą różnicą jest fakt ten, iż trzon i dno macicy w pierwszych chwilach 3-go okresu, to znaczy bezpośrednio po porodzie dziecka, przedstawiają ciało duże, znacznie odbiegające kształtami i wymiarami od kształtów i wymiarów macicy pierwszych chwil połogu. Widoczna rzecz, że tu, w pierwszej fazie 3-go okresu, mamy łożysko, oraz krwiak powyżej pierścienia skurczowego, a więc przypadki te cechuje możliwość wypuklania się łożyska w jamie trzonu. Czem sobie ten fakt tłómaczyć należy? Uważne oglądanie popłodów, urodzonych w tym mechanizmie, dowodzi, że w p e w n e j i l o ś c i p r z y p a d k ó w o d g r y w a r o l ę l o k a l i z a c y a m i e j s c a ł o ż y s k o w e g o. Ponieważ miejsce pęknięcia pęcherza leży tylko nieco odśrodkowo w stosunku do brzegów łożyska, przyjąć należy, iż miejsce łożyskowe leżało wysoko nad okolicą pierścienia skurczowego i zajmowało część dna macicy. Naturalnie w przypadkach tych, skoro opróżnienie jamy macicy nastąpiło, a łożysko wobec ściągania się miejsca łożyskowego w najsposobniejszych ku temu miejscach się odkleiło, nie mogło ono być zaraz odklejonemi partyami w znaczniejszej części wydalone poza pierścień skurczowy tak, iż krwiak zebrać się mógł za łożyskiem już w jamie trzonu. Krwiak ten, zebrany za wypuklonem łożyskiem, nie mając ujścia na zewnątrz, w pewnej ilości wypadków odkleja *in situ* b ł o n y t r z o n u d n a i okolicy p. skurczowego tak, że następnie c a ł y p o p ł ó d o d k l e j o n y i s p l ą t a n y w j e d n ą m a s ę w c a ł o ś c i o p u s z c z a s i ę do jamy dolnego odcinka, stąd do pochwy i na zewnątrz, przyczem w przypadkach, ostrożnie badanych, zauważamy, że nawet fałdy błon nie ulegają wyciągnięciu. Obserwacya zachowania się skrzepów, przymocowanych do powierzchni matczynej popłodu, dowodzi, że n a w e t w t y c h p r z y p a d k a c h rozpoczyna się odklejenie i wypuklenie łożyska w okolicy dolnego brzegu łożyska i sąsiadujących z niem błon, a więc analogicznie, jak i w mechanizmie prawidłowym, albowiem jakkolwiek skrzep pokrywa prawie całą powierzchnię łożyska z wyjątkiem małej części górnego brzegu, to przecież najgrubsze i najzbitsze skrzepy są w otoczeniu dolnego brzegu łożyska.

W przypadkach przejściowych do mechanizmu prawidłowego mamy tylko do czynienia z wypukleniem się do łożyska i obecnością krwiaka w pierwszej fazie 3-go okresu w jamie trzonu. Dalszy przebieg atoli, to znaczy sposób wydostawania się łożyska z jamy trzonu przez pierścień skurczowy do jamy dolnego odcinka i dalszy poród popłodu przebiega, jak w mechanizmie prawidłowym. Jedynie tylko w pewnej liczbie przypadków po porodzie łożyska do dolnego odcinka z a r a z występują objawy krwotoku wewnętrznego.

Nie wszystkie atoli przypadki mechanizmu S c h u l t z e g o można wytłómaczyć rolą umiejscowienia łożyska w dnie i górnej części trzonu, albowiem oglądanie umiejscowienia otworu pęknięcia pęcherza w stosunku do łożyska za taką lokalizacyą nie zawsze przemawia. Że w tych przypadkach ściana macicy, przeciwległa miejscu łożyskowemu, nie jest w stanie nie dopuścić do wystąpienia wypuklenia się łożyska w jamie trzonu, wytłómaczyć można jedynie tem, iż mamy tu do czynienia z pewnego rodzaju a t o n i ą m u s k u l a t u r y m a c i c y tak, iż tężec pierwszych chwil trzeciego okresu nie działa z prawidłową energią.

c) Badanie kliniczne przebiegu 3-go okresu w t y p o w y m m e c h a n i z m i e D u n k a n a, oraz w mechanizmie okazują-

cym cechy wspólne dla mechanizmu prawidłowego i Dunkana, wykazuje, iż mechanizm D u n k a n a przychodzi do skutku, a względnie może powstać z prawidłowego wtedy, jeżeli dolny brzeg łożyska, w mechanizmie prawidłowym zawieszony na błonach okolicy pierścienia skurczowego, może bez przeszkody obsuwać się ku dołowi.

Mechanizm D u n k a n a dostarcza ważnych wskazówek dla dokładniejszej oceny doniosłości czynników, działających w 3-cim okresie. I tak: proste zastanowienie się poucza, że działalność krwiaka dla odklejania i wydalania się popłodu musi być bardzo upośledzoną przez to, że odpływ krwi na zewnątrz jest umożliwiony. Ponieważ trzeci okres może przebiedz w mechanizmie D u n k a n a nawet w razie braku wszelkiej pomocy lekarskiej bez szkody dla ustroju matki, to znaczy w niedługim czasie bez znaczniejszych strat krwi popłód wydala się w całości, musimy przypuszczać, że krwiak nie należy do czynników bezwzględnie koniecznych dla dojścia do skutku fizyologicznego odklejenia się i wydalenia popłodu. Inne czynniki, jakoto: ściąganie się, skurcze muskulatury, parcie niewiasty itd. mogą działać tak sprawnie i energicznie, że same uskutecznią to, co miał zrobić krwiak, czyli mogą jego rolę zastąpić, tembardziej, że nie można kategorycznie twierdzić, jakoby w mechanizmie D u n k a n a krwiak nie miał żadnej p o ż y t e c z n e j roli do odegrania.

Mianowicie: badając kobietę wewnętrznie w pierwszych chwilach 3-go okresu, przebiegającego w mechanizmie D u n k a n a, zauważymy, że tylko dolna część łożyska wystercza do jamy dolnego odcinka; górna połowa zaś znachodzi się w jamie trzonu, a okolica pierścienia skurczowego silnie obsznurowuje łożysko, o czem łatwo przekonać się można, próbując przeprowadzić palce do jamy trzonu macicy między powierzchnią matczyną łożyska, a ścianą okolicy pierścienia skurczowego. Kobieta krwawi, ale n i e z n a c z n i e, widoczna więc, że z miejsca łożyskowego krew się dobywa, krew ta atoli musi dojść dopiero do pewnego ciśnienia, aby przezwyciężyć tamponadę, utworzoną przez łożysko. Rozumie się, że płyn poddany pewnemu ciśnieniu, prze z jednakową siłą na wszystkie strony, a zatem także i na miejsce przyrosłe popłodu. Parcie to zatem krwiaka musi do pewnego stopnia dopomagać innym czynnikom do odklejenia, a pośrednio i wydalania popłodu.

Obciśnienie łożyska przez pierścień skurczowy można uczynić sztucznie, trudniej przez miesienie, a na pewno przez nastrzykiwanie łożyska zimną wodą tak znacznem, że z jamy trzonu do dolnego odcinka nie wydostanie się ani kropla krwi. W tych przypadkach krwiak, będący w trzonie, może w zupełności spełnić swe zadanie pomocnicze w odklejeniu popłodu.

Badanie wewnętrzne poucza, że w pierwszej fazie trzeciego okresu w mechanizmie D u n k a n a, mimo trwania tężca muskulatury macicy i mimo obciśnięcia łożyska pierścieniem skurczowym, nie przychodzi do uwięznięcia łożyska. Owszem, łożysko równomiernie ześlizguje się coraz to więcej tak, że w warunkach fizyologicznych z chwilą ustąpienia skurczu tężcowego, jest ono już w jamie dolnego odcinka. Wobec braku duplikatury łożyska, na którą w mechanizmie prawidłowym ciśnie krwiak, przyjąć należy, że tu, w mechanizmie D u n k a n a, wydalanie się łożyska odklejonego w jamie trzonu uskutecznia reszta czynników, mianowicie skurcz muskulatury, który usiłując ściągnąć do zera pojemność jamy trzonu, wygniata z niej łożysko.

P r z y c z y n y m e c h a n i z m u D u n k a n a.

Ponieważ trzeci okres porodu przebiega albo w mechanizmie prawidłowym, czy pokrewnym prawidłowemu S c h u l t z e g o, albo w mechanizmie D u n k a n a, zależnie od tego, czy umocowanie dolnego brzegu łożyska zapomocą błon do okolicy pierścienia skurczowego utrzyma się aż do ukończenia się pierwszej fazy 3-go okresu, (ta okoliczność bowiem decyduje, czy to łożysko obsuwając się, będzie się mogło wypuklić powierzchnią owodniową, czy nie,) należy się spodziewać mechanizmu D u n k a n a we wszystkich tych przypadkach porodu, w których dane są warunki do odklejania się popłodu w okolicy pierścienia skurczowego.

Istotnie, przedmiotowe spostrzeganie kliniczne etyologii mechanizmu D u n k a n a zupełnie potwierdza powyższy pogląd. Z mechanizmem D u n k a n a bowiem spotykamy się: 1) przy przodującem łożysku całkowitem lub częściowem; 2) w przypadkach poronień jednoczasowych, a do czwartego miesiąca i dwuczasowych; dalej 3) w przypadkach ciężkich porodów z powodu niestosunku porodowego, jakoto: zaniedbane położenia poprzeczne, przypadki za dużej główki płodu, czy części poprzedzającej, w stosunku do wymiarów wejścia miednicy kostnej, gdzie ściąganie się dna trzonu i okolicy pierścienia skurczowego bardzo postąpiło, wreszcie — 4) wobec zakłócenia prawidłowego przebiegu trzeciego okresu przez przedwczesny masaż i usiłowanie wygniecenia łożyska już w pierwszej fazie trzeciego okresu.

Oglądanie uważne popłodów, urodzonych w mechanizmie D u n k a n a, przekonuje, iż w bardzo wielu przypadkach miejsce pęknięcia pęcherza, przedstawiając się w kształcie koła o brzegach równych z obu blaszkami, t. j. owodnią i warstwą kosmkowo-doczesną, jest oddalone od brzegu łożyska bardzo mało, niekiedy zaledwie 3 ctm. Mały otwór pęknięcia pęcherza, jego okrągłość i zachowanie obu blaszek bezwarunkowo wykluczały oderwanie się kawałka błon. Gdybyśmy otwór pęknięcia pęcherza ściągnęli szwem, worek płodowy wypełnili wodą i przyjęli, iż środek pęknięcia odpowiada ujściu wewnętrznemu szyi, to naocznie stwierdzilibyśmy fakt, że t u ł o ż y s k o m u s i a ł o p r z o d o w a ć, j a k k o l w i e k a n i w c i ą ż y, a n i p o d c z a s 1-szej i 2-giej f a z y p o r o d u z b o c z e n i e t o o d n o r m y n i c z e m s i ę n i e u j a w n i a ł o. Tu więc dopiero trzeci okres okazuje skutki tego częściowego przodowania łożyska, w tem mianowicie, że mimo zachowawczego postępowania w trzecim okresie, przebiegł on samoistnie nie w mechanizmie prawidłowym, ale D u n k a n a. Że wyższe stopnie łożyska przodującego, a więc klinicznie zamarkowane już w 1szym, 2-gim okresie porodu, tembardziej usposabiają do występowania 3-go okresu w mechanizmie D u n k a n a, jest samo przez się łatwo zrozumiałe, jeżeli usposobienie to spostrzega się jako regułę w p r z y p a d k a c h ł o ż y s k a p r z o d u j ą c e g o, nieszkodliwych ani dla matki, ani dla płodu, a więc f i z y o l o g i c z n y c h.

Pojęcie f i z y o l o g i c z n e g o p r z o d o w a n i a ł o ż y s k a wymaga objaśnienia. W pracy mej poprzedniej p. t.: „Kwestya dolnego odcinka“ przyjąłem, iż macica wogóle składa się z trzech części, anatomicznie i rozwojowo itd. odrębnych od siebie. Druga część macicy, t. j. okolica pier-

ścienia skurczowogo i dolny odcinek, zachowuje się analogicznie, ale nie identycznie, jak górna część macicy, t. j. trzon z dnem. Błona śluzowa tej drugiej części macicy ma zdolność do zamiany w doczesną w czasie ciąży (której niema szyja), może zatem jajo płodowe rozwijać się na niej, a w razie szczególniejszych warunków (być może czystego przypadku), może tu utworzyć się miejsce łożyskowe, a przynajmniej pewna jego część. Sądzę zatem, że teoretycznie najracyonalniej będzie uważać każdy taki przypadek za przypadek łożyska przodującego, częściowo lub całkowicie, gdzieby tylko miejsce łożyskowe czy to w całości, czy też tylko częściowo, rozwinęło się w tej drugiej części macicy.

Według tego poglądu zatem 1) łożysko przodowałoby nawet wtedy, gdyby miejsce łożyskowe prawie całe leżało w jamie trzonu, a tylko brzeg łożyska był przymocowany do okolicy pierścienia skurczowego powyżej najgrubszej części mięśnia okrężnego, a więc chociażby nawet łożyska wcale w dolnym odcinku nie było. Oczywiście tego rodzaju lokalizacya łożyska niczemby się nie zdradziła ani w ciąży, ani podczas porodu, a trzeci okres mógłby zupełnie normalnie przebiedz. Z chwilą, gdyby 2) miejsce łożyskowe zajęło częściowo 2-gą część macicy o tyle, że brzeg łożyska byłby w bezpośredniem sąsiedztwie z dolnym odcinkiem, łożysko w tym stopniu przodujące, nie ujawniłoby się ani w ciąży, ani w 1-szym lub 2-gim okresie porodowym, a dopiero chyba w ostatnich chwilach drugiego okresu, krwawieniem lekkiem, a mechanizmem Dunkana w 3-cim okresie. Te dwa przypadki łożyska przodującego nazywamy fizyologicznem przodowaniem. Jeżeli atoli 3) miejsce łożyskowe zajmie częściowo już dolny odcinek, to łożysko tu przyrosłe wraz z błonami zacznie się odklejać już w 1-szym okresie porodu, co się objawi krwawieniem już w samych początkach porodu. 4) Przy umiejscowieniach wreszcie środkowych miejsca łożyskowego, t. j. głównie w dolnym odcinku, krwotoki pojawią się już w ciąży, skoro tylko zacznie dolny odcinek rozszerzać się pod wpływem atypowych bolów, występujących w czasie ciąży.

Jako najczęstszą zatem przyczynę występowania mechanizmu Dunkana uważać należy fizyologiczne i patologiczne przodowanie łożyska. Z innych przyczyn należy wymienić wszystkie takie przypadki porodowe, w których już w drugim okresie, a jak przy poronieniach jednoczasowych nawet w 1-szym okresie porodowym, znajdą się warunki do odklejania się popłodu, a w pierwszej linii łożyska, już w jamie trzonu. W warunkach zupełnie fizyologicznych odklejanie się łożyska w trzecim okresie z reguły występuje i zaczyna się od brzegu dolnego łożyska. Oczywiście, że w wyżej wspomnianych przypadkach patologicznych również odklejanie się dolnej partyi łożyska i następowe odklejanie się błon sąsiednich będzie regułą, a więc stworzone zostają warunki dla powstania w trzecim okresie mechanizmu Dunkana. (Dokończenie nastąpi).

IV. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. lwowskiego Prof. Dra Marsa.

Postępowanie wobec poprzecznych zaniedbanych położeń płodu.

Podał

Docent Dr. Franciszek Kośmiński.

(Ciąg dalszy).

Z czasów mojego pobytu w Krakowie mam do zanotowania 7 przypadków położeń poprzecznych zaniedbanych płodu, w których zabieg cały wykonano po odsłonięciu pola operacyjnego ściśle pod kontrolą wzroku. Pięć przypadków było operowanych w zakładzie położniczym, w dwóch zaś wykonałem ten zabieg w praktyce prywatnej na wsi, w dalszej okolicy Krakowa, przy pomocy miejscowych położnych.

W przeciągu lat pięciu wykonano w lwowskiej klinice położniczej zmniejszenie pojemności i rozmiarów tułowia w 14 przypadkach położeń płodu poprzecznych zaniedbanych. We wszystkich tych przypadkach bez wyjątku operowano po dokładnem odsłonięciu pola operacyjnego zapomocą wzierników łyżkowych. Nie napotkano w żadnym przypadku szyjki płodu w polu widzenia po odsłonięciu wziernikami, natomiast w kilku przypadkach przekonać się było można, że dojście i objęcie ręką szyjki płodu było prawie niemożliwe.

W trzech z tych 14 przypadków operowano niezupełnie ściśle według zasad wyżej podanych, a to ze względów dydaktycznych; w dalszych dwóch przypadkach płody były niedonoszone, małe i sam zabieg nie przedstawiał nic charakterystycznego. Z tego powodu przytaczam przebieg porodu i operacyi tylko dziewięciu resztujących przypadków, których opis posłużyć może niejako do uzupełnienia i potwierdzenia wypowiedzianych już poprzednio uwag.

I. *A. D.*, lat 37. Nr. prot. 29 z r. 1899. Rodziła 9 razy. Pierwsze bóle 29 stycznia rano; o godzinie 2 po południu pękł pęcherz płodowy; w pół godziny później nastąpił siłami natury w położeniu główkowem poród dużego płodu donoszonego, żywego, płci żeńskiej. Po upłynięciu godziny pękł pęcherz płodu drugiego; bole miały być dobre, poród jednak się przeciągał i z tego powodu wieczorem zawezwano lekarza, który polecił przewiezienie rodzącej do kliniki. W chwili przybycia rodzącej, to jest około godziny 11-tej w nocy, badanie wykazało. Wymiary miednicy: D. S. = 24. D. C. = 26. D. T = 29. Conj. extr. = 18. obwód miednicy = 84 ctm. Macica w ciągłym skurczu, pierścień skurczowy nieco tylko poniżej pępka; dolny odcinek macicy bardzo znacznie rozciągnięty, o ścianach cienkich; dotykanie wywołuje bardzo znaczną bolesność nad spojeniem łonowem i pachwinami, a zwłaszcza nad lewą. Płód ułożony poprzecznie, nieżywy, główka nad talerzem biodrowym po stronie prawej, grzbiet zwrócony ku przodowi, rączka lewa wypadnięta, bark lewy wklinowany we wchodzie miednicy. Rozpoznano niewątpliwie grożące pęknięcie macicy wobec położenia poprzecznego zaniedbanego i z tego powodu przystąpiono bezzwłocznie do ukończenia porodu. Po odpowiednich przygotowaniach założono szeroki wziernik łyżkowy na tylną ścianę pochwy i nieco ukośnie ku stronie lewej, a równocześnie pociągano lekko za wypadniętą rączkę w kierunku ku górze i ku stronie prawej. W ten sposób bardzo dokładnie odsłonięta została pacha lewa płodu. Nastąpiło otwarcie klatki piersiowej nożycami ostremi Naegelego, poczem po uchwyceniu szczypczykami ściany klatki piersiowej przez całą jej grubość i przy pociąganiu za szczypczyki ku dołowi i stronie lewej, nastawiono w polu widzenia i przecięto nożycami górne żebra wraz z obojczykiem. Następnie założono szczypczyki w przeciwnym kierunku na klatce piersiowej i pociągano za odpowiednie szczypczyki ku stronie prawej, przecinając stopniowo nastawiające się, dalsze, niżej położone części klatki piersiowej. W miarę przecinania klatki piersiowej następowało obniżenie się jej tak, że z chwilą przecięcia dolnych żeber pośladki płodu

znajdowały się już w próżni miednicy i po dokonaniu przecięcia wystąpiły zaraz ze szpary sromowej na zewnątrz. Po pośladkach urodził się tułów, poczem wytoczono główkę płodu z łatwością. Operowano bez uśpienia, a cały zabieg trwał około 8 minut. Płód dobrze rozwinięty, płci męzkiej, okazywał wszelkie cechy płodu donoszonego. Po wydobyciu płodu wystąpiły zaraz dwa zupełnie odrębne łożyska z błonami i dość znaczną ilością krwi płynnej i skrzepłej. Połóg bezgorączkowy, prawidłowy.

II. *M. K.*, lat 38. Nr. prot. 100 z r. 1899. Rodziła 9 razy, porody i połogi miały być prawidłowe. Pierwsze bole wystąpiły 26 lutego w południe; dnia 27 lutego rano pękł pęcherz płodowy. Z powodu przeciągania się porodu wezwany lekarz odesłał rodzącą do kliniki, gdzie została przyjętą dn. 27 lutego o godzinie $7^{1}/_{2}$ wieczór. Wymiary miednicy: D. S. = 26. D. C. = 29. D. T. = 31. Conj. extr. = 20, obwód miednicy = 90 ctm.

Badanie dalsze wykazało: macica obkurczona stale około płodu, pierścień skurczowy trzy palce poniżej pępka, dolny odcinek macicy rozciągnięty, główka po stronie prawej, bark lewy wklinowany mocno do wchodu miednicy, grzbiet płodu zwrócony ku przodowi, lewa rączka wypadnięta, a obok niej pętla pępowiny nie tętniącej.

Zaraz przystąpiono do rozwiązania rodzącej. Po odsłonięciu pachy lewej płodu zapomocą wziernika i pociągania za wypadniętą rączkę, przecięto w podobny zupełnie sposób, jak w przypadku pierwszym, całą klatkę piersiową wzdłuż osi podłużnej. Następnie, naśladując mechanizm dobrowolnego wytaczania się, wydobyto płód bardzo łatwo. Cały zabieg trwał około 4 minut. Popłód odszedł w 20 minut później siłami przyrody. Płód płci żeńskiej, dobrze rozwinięty, okazywał wszelkie cechy płodu donoszonego.

Połóg bezgorączkowy, prawidłowy.

III. *F. L.*, lat 28. Nr. prot. 337 z r. 1899. Rodziła raz przed rokiem, poród miał być ukończony przez lekarza w uśpieniu; płód nieżywy. Pierwsze bole 4 lipca po południu; dnia 5 lipca rano pękł pęcherz płodowy, wieczorem o godzinie $10^{1}/_{2}$ przyjętą została do kliniki.

Wymiary miednicy: D. S. = $23^{1}/_{2}$. D. C. = 27. D. T. = 30. Conj. extr. = 19. obwód miednicy = 85 ctm. Dalsze badanie wykazało: macica w ciągłym skurczu, czasami tylko nieznacznie wolniejе, pierścień skurczowy znajduje się na wysokości pępka, dolny odcinek macicy bardzo znacznie rozciągnięty. Położenie płodu poprzeczne, główka płodu po stronie prawej, bok prawy klatki piersiowej przyparty do wchodu, grzbiet płodu zwrócony ku tyłowi. W pochwie wyczuć można część przedramienia rączki prawej i pętlę pępowiny nie tętniącej.

Przebieg operacyi: zapomocą dwóch wzierników łyżkowych, założonych na tylnej i przedniej ścianie pochwy, odsłonięto część najniżej ułożoną, to jest bok prawy klatki piersiowej płodu i część tę płodu uchwycono dwiema parami szczypczyków. Następnie, pociągając za założone szczypczyki, ustalono część nastawiającą się, poczem zapomocą nożyc Naegelego otworzono klatkę piersiową. Chwytając dalej zapomocą szczypczyków brzegi zrobionego otworu przez całą grubość ściany klatki piersiowej i pociągając za szczypczyki ku stronie lewej, nastawiono w polu widzenia i przecięto górne żebra wraz z prawym obojczykiem. Zaraz bark obniżył się znacznie i wypadła rączka prawa w całości. Wtedy usunięto wziernik, założony na przedniej ścianie pochwy, a za wypadniętą rączkę pociągano ku górze i w stronę prawą. Następnie zakładano szczypczyki na dolną część klatki piersiowej i pociągając za nie w stronę prawą, nastawiano i przecinano dolne żebra. Po dokonaniu przecięcia podłużnego klatki piersiowej wytoczyły się zaraz ze szpary sromowej pośladki, poczem z łatwością wydobyto resztę tułowia i główkę płodu. Cały zabieg trwał $7^{1}/_{2}$ minut. Bezpośrednio za płodem wystąpił popłód w całości. Płód płci męzkiej, ważył 3850 gramów.

Połóg bezgorączkowy, prawidłowy.

IV. *P. A.*, lat 25. Nr. prot. 497 z r. 1899. Nie rodziła i nie roniła. Pierwsze bole dnia 17 października wieczór; po kilku godzinach pękł pęcherz płodowy; 18 października około godziny 6 wieczór została przywiezioną i przyjętą do kliniki. Wymiary miednicy: D. S. = $24^{1}/_{2}$. D. C. = 27. D. T. = $30^{1}/_{2}$. Conj. extr. = $19^{1}/_{2}$, obwód miednicy = 87 ctm. Ciepłota = 37·8, tętno około 100. Macica obkurczona mocno około płodu; pierścień skurczowy sięga na jeden palec poniżej pępka. Srom i wejście do pochwy dość znacznie obrzękłe. Główka płodu po stronie prawej, grzbiet zwrócony ku przodowi; we wchodzie miednicy wklinowany bark lewy; lewa rączka wypadnięta, a obok niej pętla pępowiny nie tętniącej. Po najniezbędniejszem przygotowaniu rodzącej przystąpiono zaraz do operacyi. Pole operacyjne odsłonięto dokładnie zapomocą wziernika, założonego na tylną ścianę pochwy i nieco na stronę lewą, oraz przez pociąganie za wypadniętą rączkę lewą nieco ku górze i w stronę prawą. Następnie zrobiono otwór w klatce piersiowej, a dalej, idąc krok za krokiem, przecięto całą klatkę piersiową wzdłuż osi podłużnej płodu. Zaraz potem obniżyły się i wytoczyły pośladki ze szpary sromowej, następnie reszta tułowia, poczem wydobyto główkę płodu. Cały zabieg dał się wykonać bardzo łatwo i trwał około 5 minut. W kilka minut po wydobyciu płodu urodził się popłód w całości. Podczas wytaczania płodu nastąpiło przedarcie I-go stopnia międzykrocza obrzękłego, nacieklego i kruchego, które zaraz zeszyto. Wydobyty płód był donoszony, płci męzkiej, ważył 3245 gramów. Przez pierwszych pięć dni połogu ciepłota wieczorna dochodziła do 38·5° C., tętno = 100, później stan bezgorączkowy.

V. *J. K.*, lat 36. Nr. prot. 492 z r. 1899. Rodziła raz przed rokiem, wówczas miał lekarz wykonać wydobycie płodu nieżywego; w połogu leżała przez miesiąc. Pierwsze bóle wystąpiły dnia 22 listopada wieczorem, poczem niedługo miał pęknąć pęcherz płodowy. Rano dnia 23 listopada przyjętą została do kliniki. Wymiary miednicy: D. S. = 25. D. C. = 28. D. T. = 30. Conj. extr. = 19, obwód miednicy = 87 ctm.

Badanie dalsze wykazało: macica w trzonie skurczona, twarda pierścień skurczowy, bardzo wyraźnie zarysowany, przebiega ukośnie od strony prawej ku lewej na wysokości pępka. Odległość od spojenia łonowego do pępka wynosi 19 ctm., do dna macicy 33 ctm. Prawie cały płód znajduje się w mocno rozciągniętym dolnym odcinku macicy. Główka znajduje się po stronie prawej, grzbiet płodu zwrócony ku tyłowi, bark prawy przyparty we wchodzie miednicy, rączka prawa i pępowina nie tętniąca, wypadnięte. Bezzwłocznie przystąpiono po dokładnem odsłonięciu pola operacyjnego w sposób powyżej opisany do przecięcia podłużnego klatki piersiowej. Po przecięciu klatki piersiowej i pociąganiu jej dolnej części zapomocą szczypczyków ku dołowi i ku stronie prawej, to jest w stronę główki płodu, nastawił się w polu widzenia pośladek prawy, który zaraz uchwycono szczypczykami. Następnie założono na pośladek jeszcze dalsze szczypczyki, chwytając o ile możności jak najwięcej części i przy pociąganiu za szczypczyki wytoczono ze szpary sromowej pośladki z nóżkami, potem wydobyto resztę tułowia, a w końcu główkę płodu. Czas trwania całego zabiegu wynosił 10 minut. Płód bardzo dobrze rozwinięty, płci męzkiej, ważył około 4000 gramów. Popłód odszedł w całości po 15 minutach. Połóg bezgorączkowy, prawidłowy.

VI. *K. K.*, lat 23. Nr. prot. 232 z r. 1900. Nie rodziła i nie roniła. Pierwsze bóle wystąpiły dnia 22 kwietnia wieczorem; dnia 23 kwietnia w południe pękł pęcherz płodowy; dn. 24 kwietnia o godzinie 7 rano została przywiezioną i przyjętą do kliniki. Wymiary miednicy: D. S. = 24. D. C. = 27. D. T. = $29^{1}/_{2}$. Conj. extr. = $17^{1}/_{2}$, obwód miednicy = 80 ctm. Macica obkurczona około płodu, chwilami tylko nieco wolniejе, dolny odcinek macicy bardzo znacznie rozciągnięty, przy dotykaniu bolesny; pierścień skurczowy wyraźnie zarysowany, sięga do pępka. Odległości od spojenia łonowego do pępka = 17, do dna macicy = 31 ctm. Główka płodu po stronie lewej, grzbiet zwrócony ku przodowi, bark prawy wtłoczony do wchodu miednicy, rączka prawa wypadnięta, mocno obrzękła. Tętna płodu nie słychać. Zaraz przystąpiono do rozwiązania rodzącej. W sposób już powyżej podany, po dokładnem odsłonięciu wykonano przecięcie klatki piersiowej płodu wzdłuż osi podłużnej, poczem łatwo wydobyto płód w sposób, zbliżony do mechanizmu dobrowolnego wytoczenia się. Płód płci męzkiej, ważył 2800 gramów. Cały zabieg trwał około 6 minut. Popłód w całości został wydalony po 5 minutach. Połóg bezgorączkowy, prawidłowy.

VII. *M. S.*, lat 39. Nr. prot. 419 z r. 1900. Rodziła cztery razy, raz roniła. Pierwsze bole dn. 24 października w nocy; po południu tegoż dnia pękł pęcherz płodowy; dnia 25 października po południu rodząca została przywiezioną do kliniki. Badanie wykazało ciepłotę podwyższoną = 39° Cels., tętno miernie napięte, 112; język podsychający. Wymiary miednicy: D. S. = 22. D. C. = 26. D. T. = $29^{1}/_{2}$. Conj. extr. = $17^{1}/_{2}$, obwód miednicy = 81 ctm. Ściany macicy od czasu do czasu jędrnieją, dolny odcinek macicy bardzo znacznie rozciągnięty, pierścień skurczowy dwa palce poniżej pępka. Odległość od spojenia łonowego do pępka wynosi 20 ctm., do dna macicy 28 ctm. Położenie płodu poprzeczne, główka po stronie prawej, grzbiet zwrócony ku tyłowi, bark prawy we wchodzie miednicy mocno zaklinowany, rączka prawa wypadnięta, mocno obrzękła, sina, zwisa ze szpary sromowej. Tętna płodu

nie słychać. Natychmiast przystąpiono w uśpieniu chloroformowem do rozwiązania rodzącej. Po dostatecznem odsłonięciu prawej pachy płodu, zrobiono otwór w klatce piersiowej, a następnie przecięto wzdłuż całą klatkę piersiową, poczem płód wytoczono w powyżej już opisany sposób, t. j. najpierw pośladki z nóżkami, potem resztę tułowia, a w końcu wydobyto główkę płodu. Z powodu bardzo znacznego krwotoku zaraz po urodzeniu płodu wydobyto ręcznie popłód. poczem jamę macicy wytamponowano gazą jodoformową. Wykonanie przecięcia klatki piersiowej i wydobycie płodu trwało około 12 minut. Płód płci żeńskiej, dobrze rozwinięty, ważył 3400 gramów.

Przez pierwszych siedem dni połogu odchody były brudne, nieco cuchnące, potem obfite, ropiaste, ciepłota dochodziła do 40⁰ Cels., tętno około 100; od początku drugiego tygodnia połogu stan bezgorączkowy.

VIII. *E. H.*, lat 33. Nr prot. 471 z r. 1900. Rodziła sześć razy, nie roniła. Pierwsze bole wystąpiły dnia 20 listopada wieczorem; w kilka godzin później miały odejść wody płodowe; dnia 22 listopada przed południem została rodząca przywieziona i przyjętą do kliniki. Badanie wykazało: ciepłotę podwyższoną 37·9⁰ Cels., tętno 86. Wymiary miednicy: D. S. = 24. D. C. = 26½. D. T. = 29. Conj. extr. = 17. obwód miednicy = 80 ctm. Dno macicy sięga na 4 palce poniżej wyrostka mieczykowatego mostka, dolny odcinek macicy bardzo znacznie rozciągnięty, przy obmacywaniu bolesny, zwłaszcza od strony prawej. Pierścień skurczowy przebiega nieco powyżej pępka; odległość od spojenia łonowego do pępka wynosi 15, do dna macicy 32 ctm. Płód położony poprzecznie, główka po stronie prawej, grzbiet zwrócony ku przodowi, bark lewy wparty do wchodu miednicy; rączka lewa wypadnięta. Tętna płodu wykazać nie można. Wobec tego stanu przystąpiono zaraz do embryotomii. Po dokładnem odsłonięciu paszki lewej płodu zapomocą wziernika założonego na tylną ścianę pochwy, oraz przez lekkie pociąganie w stronę główki za rączkę wypadniętą, przecięto najpierw górną, a potem dolną część klatki piersiowej.

Po całkowitem przecięciu obniżył się znacznie bok klatki piersiowej, jednak przy pociąganiu w stronę główki za szczypczyki, założone na dolną część klatki piersiowej, nie udało się sprowadzić niżej pośladków płodu, jak w przypadkach, poprzednio w ten sposób operowanych. Wobec tego, rozpoczynając od cięcia poprzód zrobionego wzdłuż klatki piersiowej, zaczęto przecinać klatkę piersiową w kierunku poprzecznym. A mianowicie chwytając szczypczykami część klatki piersiowej, zwróconą ku przodowi, to jest ku spojeniu łonowemu, nastawiając ją w polu widzenia przez pociąganie w odpowiednim kierunku zapomocą szczypczyków, stopniowo przecinano nożycami i nastawiano dalej, wyżej położone, dalsze części klatki piersiowej. W ten sposób w dalszym ciągu nastawiono w polu widzenia kręgosłup płodu, który również przecięto nożycami. Zaraz po przecięciu kręgosłupa za jednem prawie pociągnięciem za szczypczyki, założone na dolnej połowie płodu, wytoczyły się ze szpary sromowej pośladki, poczem bardzo łatwo wydobyto resztę tułowia i główkę płodu. Płód donoszony płci męzkiej, dobrze rozwinięty. ważył 3900 gramów. Z powodu obfitszego krwawienia wydalono popłód w 10 minut po wydobyciu płodu zapomocą zabiegu Crédego. Cały zabieg trwał około 25 minut. Przez pierwsze trzy dni połogu były dość znaczne wieczorne podwyższenia ciepłoty, potem połóg bezgorączkowy.

IX. *A. K.*, lat 28. Nr. prot. 373 z r. 1901. Rodziła raz przed 7 laty, nie roniła. Pierwsze bole wystąpiły d. 30 czerwca rano; w południe pękł pęcherz płodowy; bole miały być bardzo częste i silne. Dnia 30 czerwca przed samą północą przyjętą została do kliniki. Wymiary miednicy: D. S. = 24½. D. C. = 26. D. T. = 30. Conj. extr. = 18, obwód miednicy = 87 ctm. Macica w ciągłym skurczu; dolny odcinek macicy znacznie rozciągnięty, o ścianach cienkich; pierścień skurczowy sięga na trzy palce poniżej pępka. Odległość od spojenia łonowego do pępka = 24, do dna macicy = 36 ctm. Położenie płodu poprzeczne, główka po stronie lewej; grzbiet zwrócony ku przodowi, bark prawy zaklinowany we wchodzie miednicy; rączka prawa wypadnięta, płód nieżywy. W uśpieniu chloroformowem wykonano bezzwłocznie w sposób kilkakrotnie powyżej wspominany przecięcie podłużne klatki piersiowej. W przypadku tym cięcie przez klatkę piersiową przebiegało od prawego obojczyka przez pachę prawą ukośnie ku tyłowi, a więc ku kręgosłupowi w miejscu przyczepienia się dwóch ostatnich dolnych żeber. Gdy w polu widzenia nastawił się w końcu kręgosłup, przecięto go również. Po dokonaniu przecięcia wydobyto z łatwością płód płci żeńskiej, ważący 2900 gramów. Czas trwania zabiegu wynosił 10 minut. Po kilku minutach odszedł następnie popłód w całości. W pierwszych dniach połogu notowano dwukrotne podwyższenie ciepłoty wieczornej do 37·7⁰ Cels., zresztą połóg był bezgorączkowy.

(Dokończenie nastąpi).

V. Wyciągi.

Dr. Preston Kyes (Frankfurt n. M.): **O wyosobnieniu lecytydów jadów wężowych.** *(Berl. klin. Wochenschr.*, 1903, Nr. 42 i 43). Badania Myersa, Flexnera i Noguchiego udowodniły, że jady wężów, podobnie jak jady bakteryi, składają się z kilku części, obdarzonych różnemi grupami chwytnemi, działających w różny sposób na ustrój. W szczególności w jadzie wężów dają się rozróżnić niezależne od siebie grupy: neurotoksyczna, hemolityczna i działająca na śródbłonki w miejscu zaszczepienia. Autor zajmował się drugim składnikiem jadu o własnościach hemolitycznych, które jednak same przez się nie działają na ciałka czerwone krwi, lecz wymagają współdziałania ciała uzupełniającego (w myśl teoryi Ehrlicha), które dopiero jest w stanie amboceptor jadu przeprowadzić w stan czynny. Calmette dowiódł, że działanie uzupełniające surowicy nie ginie, jak w innych przypadkach, po ogrzaniu powyżej 62⁰, a zasługa autora tej rozprawy polega na przeprowadzeniu dowodu, że owem ciałem uzupełniającem jest lecytyna.

Czterdzieści ctm. sz. 1% rozczynu jadu okularnika w 0,85% soli kuchennej kłócono przez 2 godziny z 20 ctm. sz. 20% rozczynu lecytyny w chloroformie: po oddzieleniu warstwy chloroformowej strącano z niej przez dodanie pięciokrotnej objętości eteru nierozpuszczalny w eterze związek jadu z lecytyną, gdy tymczasem nadmiar lecytyny pozostawał w rozczynie. Po kilkakrotnem rozpuszczeniu w chloroformie i strąceniu eterem otrzymano z 1 grm. suchego jadu około 5 grm. lecytydu. Pozostałość w rozczynie wodnym traciła całkiem własności hemolityczne, jad przechodził w całości do rozczynu lecytyny w chloroformie, osobne zaś doświadczenia dowodziły, że jad nie przechodził do samego chloroformu. Otrzymany w ten sposób lecytyd jadu wężowego nie posiadał własności neurotoksycznych, ten więc składnik jadu nie tworzy połączenia z lecytyną; przeciwnie, doświadczenia dokonane na zwierzęciu dawały tylko nacieki w miejscu szczepienia, zaś pozostałość w rozczynie wodnym, choć nie rozpuszczała ciałek krwi *in vitro*, zato z całą siłą działała toksycznie na układ nerwowy zwierzęcia.

Własności lecytydu jadu okularnika wyróżniają go od samego jadu z jednej, a od lecytyny z drugiej strony. Lecytyd nie rozpuszcza się w acetonie i eterze w przeciwieństwie do lecytyny; natomiast rozpuszcza się w chloroformie, alkoholu i ciepłym toluolu, przeciwnie niż jad wolny. Rozczyn wodny lecytydu, pozostawiony w ciepłocie pokojowej, zaczyna już po kilku godzinach wydzielać osad mikrokrystaliczny, którego ilość dochodzi do ⅔ użytego lecytydu. Lecytyd ten, nazwany drugorzędnym, posiada w całej pełni własności hemolityczne, nie rozpuszcza się w wodzie zimnej, rozpuszcza natomiast w ciepłej, w alkoholu, chloroformie i ciepłym toluolu i nadaje się szczególnie do badania jego własności chemicznych. Jak dotychczas stwierdzono, preparat nie daje reakcyi biuretowej, nawet w stężonym rozczynie. Lecytyd drugorzędny powstaje także, jeżeli osad po strąceniu rozczynu chloroformowego wysuszymy w cieplarce: można to poznać po nierozpuszczalności produktu, podczas gdy ten sam osad wysuszony prądem powietrza rozpuszcza się w wodzie z łatwością. Czysty jad okularnika działa na krew tylko pewnych gatunków zwierząt (morska świnka, królik, pies, człowiek), na krew innych n. p. wołu, kozy, barana nie działa wcale, własność hemolityczna lecytydu staje się ogólną, a co ciekawsza, ilość lecytydu, potrzebna do rozpuszczenia określonej ilości ciałek krwi, jest dla wszystkich zwierząt stała. Bardzo ciekawa jest obserwacya autora co do chyżości działania lecytydu w porównaniu z jadem. Gdy jad z dodatkiem lub bez lecytyny musi działać w stężonych rozczynach 10—30 minut, a w rozcieńczonych 12—18 godzin, nim nastąpi rozpuszczenie ciałek krwi, lecytyd zaczyna działać natychmiast, a działanie to trwa 15—20 minut, to jest około 20 razy szybcej. Tłómaczyć to można powolnem tworzeniem się trującego lecytydu z obojętnego amboceptora i zawartej w ciałkach krwi lecytyny. Trzecią wreszcie różnicą jest zachowanie się pod wpływem temperatury. Jad okularnika traci swoje toksyczne własności przez 30-minutowe ogrzanie do 100⁰; lecytyd można ogrzewać do 100⁰ przez 6 godzin bez obawy utraty jego własności. W końcu trzeba zaznaczyć, że lecytyd w daleko słabszym stopniu ulega działaniu przeciwwężowej surowicy Calmettea w porównaniu z jadem pierwotnym; nie ma natomiast wybitniejszej różnicy wobec antyhemolitycznego działania cholesteryny.

Autor badał także jady innych wężów, mianowicie: 1. *Bothrops lanceolatus;* 2 *Daboia Russellii*: 3. *Naja have;* 4. *Kerait;* 5. *Bungarusfasciatus;* 6. *Trimeresurus anamalensis;* 7. *Trimeresurus Rinkunanus;* 8. *Crotalus adamantus*, i przyszedł do przekonania, że wszystkie te jady, o ile rozpuszczają ciałka krwi, posiadają typ amboceptorów, mających grupę lecytynofilną, a zajęcie tej grupy przez lecytynę uwydatnia dopiero ich działanie hemolityczne. Druga grupa chwytna, ta, która się wiąże z chwytnikiem ciałka krwi (według teoryi Ehrlicha), jest dla każdego jadu inną, przynajmniej jady różnych wężów zachowują się rozmaicie pod wpływem surowicy uodporniającej Calmettea. Jad niedźwiadków działa po dodaniu lecytyny również hemolitycznie, chociaż około 20 razy słabiej, niż jad okularnika; z jadu tego można także otrzymać odpowiedni lecytyd.

Z powyższych doświadczeń wysnuwa autor wnioski, że ciałem uzupełniającem dla amboceptora jadu wężowego jest lecytyna; ponieważ jednak lecytyna jest stałym składnikiem ciałek krwi, przeto trzebaby przyjąć, że ona zmienia pod wpływem amboceptora miejsce pierwotne na inne, dla komórki szkodliwe. Zjawisko to nie występuje jednak stale i stąd różnica w zachowaniu się krwi różnych zwierząt pod wpływem samego amboceptora w przeciwieństwie do złożonego lecytydu, który na ciałka krwi wszystkich zwierząt działa jednako. *Seńkowski.*

Runge. **O zmianach w jajnikach przy guzach syncytyalnych i zaśniadzie groniastym, zarazem dodatek do histogenezy torbieli luteinowych.** (*Arch. für Gyn.*, tom 69, zeszyt 1). Wielu już autorów zauważyło równoczesne występowanie guzów syncytyalnych i zaśniadów groniastych z torbielkowatem zwyrodnieniem jajników i przypuszczali nawet, że stany te są następstwem pierwotnego schorzenia jajników. Na 144 guzów syncytyalnych, rozrzuconych w piśmiennictwie, w 81 przypadkach nie było wogóle wzmianki o jajnikach, w 39 miały one być prawidłowe, a w 24 torbielkowato zwyrodniałe. Na 28 zaśniadów groniastych w 16 wogóle nie podano stanu jajników, w 12 były one zwyrodniałe. Przy badaniu skombinowanem jednak niejeden jajnik wydaje się prawidłowy, mimo że jest zwyrodniały, gdyż stan ten nie koniecznie musi być połączony z powiększeniem jajnika; jeżeli się nadto zauważy, że nieraz dopiero mikroskop wykazuje zwyrodnienie, to równoczesne to tak częste występowanie obu stanów mimowoli nasuwa przypuszczenie, czy między nimi nie zachodzi jakiś związek przyczynowy. Większość autorów znalazła, że te torbiele wychodzą z ciałka żółtego i to samo wykazał autor w 7 swoich przypadkach. Ściany tych wszystkich torbieli zawierały zawsze warstwy komórek luteinowych, któremi wysłane były także wewnętrzne powierzchnie ścian. Omówiwszy bardzo szczegółowo obrazy drobnowidowe swoich przypadków, podaje autor zapatrywania różnych autorów co do przyczyny powstania tych zmian w jajnikach. Sam zbliża się do teoryi Schallera i Pförringera, którzy uważają cały proces, jako zwyrodnienie rakowe komórek luteinowych. Tak daleko autor nie idzie, gdyż nie wiemy nawet dotąd, czy komórki luteinowe są wogóle pochodzenia nabłonkowego, sądzi jednak, że tu się rzecz toczy o stan czynny, powstały skutkiem nadzwyczajnej siły rozrodczej tychże komórek, które, obdarzone zdolnością samodzielnego wzrostu, wytwarzają powyższe guzy; treść tych torbieli ma być następstwem śluzakowego zwyrodnienia komórek luteinowych, krwotoku z pękniętych naczyń włosowatych i nacieku tkanek odnośnie do ciąży; szybkie powiększanie się tych torbieli należy odnieść do gromadzenia się w ich wnętrzu płynu przesączynowego. Ze względu na to, że zmiany te w jajnikach, wychodzące niewątpliwie z ciałek żółtych, spotykano dotychczas jedynie tylko w przypadkach guzów syncytyalnych i zaśniadów groniastych i że spostrzeżeń tych jest już za dużo, aby je uważać za przypadkowe, należy się co najmniej domyślać jakiegoś związku wewnętrznego między tymi stanami. Hofmeier sądzi, że na jajku po wyjściu z torebki (folikulu) znajduje się pewna ilość komórek luteinowych, możnaby sobie więc związek ten tak wytłómaczyć, że te same komórki, obdarzone tą znaczną siłą rozrodczą, wytwarzają w jajnikach te torbiele, a z drugiej strony mogłaby warstwa syncytyalna, pochodząca według Hofmeiera z owych zaniesionych komórek, obdarzona więc tą samą zdolnością, być bodźcem do powstania guzów syncytyalnych lub zaśniadów. Fraenkel znowu wykazał, że rozwój jajnika w macicy zależy od stanu odnośnego ciałka żółtego (ref. „Przegl. lek.", Nr. 31, 1903); czyż więc spotęgowana zdolność bujania ciałka żółtego nie przenosi się wprost na zagnieżdżone jajko i nie wywołuje zaśniadu lub guzów syncytyalnych? sprawy te oczekują dalszych badań. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Stein: **Zastosowanie twardej i miękkiej parafiny do podskórnych wstrzykiwań.** (*Deutsche mediz. Wochsch.* 37. 1903). 1. Metoda wstrzykiwania parafiny nadaje się przeważnie do poprawy małych zniekształtnień, położonych blizko powierzchni ciała i innych spraw podobnych, które nie wymagają wstrzykiwań większych ilości parafiny. 2. Parafina, nadająca się do użycia, ma zdaniem autora posiadać punkt topliwości około 41°. Twardsza parafina może być wstrzykniętą w takich przypadkach, gdzie idzie o wypełnienie istniejących jam o ścianach stałych. We wszystkich innych przypadkach jest ona przeciwwskazaną, ponieważ zwiększa niebezpieczeństwo powstania zatoru. 3. Nie powinno się wstrzykiwać nigdy masy w stanie płynnym, lecz zawsze w ciastowatym. 4. Nie istnieje żadna przyczyna praktyczna lub teoretyczna, dla którejby należało zamienić parafinę miękką na twardą. 5. Nie należy na jednem posiedzeniu wstrzykiwać więcej jak 3 ctm³. 6. Wstrzyknięta masa nie ulega wessaniu, lecz otorbieniu, a potem przerośnięciu smugami tkanki łącznej tak, że wynik jest w każdym przypadku trwały. 7. Występujący bezpośrednio po wstrzyknięciu obrzęk znika regularnie p. kilku dniach. *B. Żmigród.*

Racine i Bruns: **Przyczynek do etyologii tak zwanego tężca gośćcowego.** (*Deutsche medic. Wochsch.* 1903, Nr. 43). U górnika, który zachorował na tężec, nie znaleziono żadnych uszkodzeń lub zdarć na ciele, ani też na błonach śluzowych nosa i jamy ustnej; na migdałach również nie było żadnych zmian. Sam chory nie przypomniał sobie, ażeby uległ jakiemukolwiek urazowi Choroba zaczęła się powoli bolami w krzyżach i grzbiecie, rzekomo z powodu przeziębienia się podczas roboty. Myślano już, że się ma do czynienia z zagadkowym tężcem gośćcowym lub idyopatycznym kiedy w dalszym ciągu choroby przypomniał sobie chory, że przed trzema tygodniami miał silne bóle w prawem uchu i wtedy to nieraz odłamał kawałeczki z miotły, używanej do zamiatania toru w szybach i czyścił sobie ucho. Badanie ucha wykazało suche przedziurawienie bębenka wielkości główki od szpilki i prócz kawałków woskowiny i pyłku węglowego nie znaleziono żadnych uszkodzeń lub obrzęków, a chory nie doświadczał bolesności. Wytarto więc jałowymi zwitkami waty zewnętrzne przewody obydwu uszu, jamę ustną, nozdrza i migdały i ze wszystkich wacików przygotowano preparaty, drobnowidowe i zaszczepiono je na pożywki; próby te wykazały prątki tężcowe jedynie w zawartości prawego ucha. Mysz zaszczepiona surowicą z krwi chorego zginęła w dwa dni na tężec; myszy, szczepione hodowlami otrzymanemi z prawego ucha, ginęły również na tężec. Przypadek ten, leczony surowicą przeciwtężcową, zakończył się wyzdrowieniem. Przypadki, w których miejscem zakażenia się tężcem były zdarcia lub nieżytowe zmiany w błonach śluzowych nosa, jamy ustnej, migdałów i przewodu oddechowego, były już przedtem znane i ogłoszone; w przypadku opisywanym po raz pierwszy wykazano tężec, wychodzący z ucha, a zatem znowu przyczynek, jak ostrożnym być należy z rozpoznawaniem tężca „gośćcowego" lub idyopatycznego. Etyologię podobną należy zupełnie wyrugować i przypadki tężca, w których nie można wynaleźć przyczyny, należy oznaczyć jako utajone, lecz z ścisłem określeniem tak długo trzeba się wstrzymywać, dopóki wszelkie wrota możebnego zakażenia nie będą dokładnie zbadane. *Dr. Fels.*

Sergent: **Drożdże piwne, a ropienie.** (*Annales de l' Institut Pasteur* 1903, 10). We Francyi rozpowszechniło się od dawna podawanie wewnętrzne drożdży piwnych, jako leku na pewne choroby skórne. Skuteczność ich działania zdaje się być niewątpliwą w przypadkach czyraków mnogich (*furunculosis*), jednakże tylko w przypadkach lżejszych i nie u wszystkich chorych. Otóż Sergent przedsięwziął doświadczenia na zwierzętach, by sprawdzić to działanie drożdży. W doświadczeniach posługiwał się gronkowcami. Po wstrzyknięciu podskórnem gronkowców tworzył się u królików duży ropień, na który podawanie drożdży zgoła nie wpłynęło. Natomiast po wtarciu gronkowców w ogoloną skórę powstawała u królików sprawa, zupełnie podobna do czyraków u ludzi. Rozwój czyraków dosięgał szczytu na trzeci dzień po wtarciu gronkowców; na czwarty dzień poczynało się zasychanie, na szósty strupki odpadały. Otóż u królików, którym podawano 20—30 ctm. sześć. drożdży na dzień wewnętrznie, skutek był widoczny; jeżeli zaczęto drożdże podawać już po wtarciu gronkowców w skórę, to już w czwartym dniu sprawa się kończyła, jeżeli zaś naprzód poczęto podawać drożdże, a potem dopiero wtarto w skórę gronkowce, to czyraki nie pojawiały się wcale lub tylko kilka, znikających wkrótce. Działanie drożdży zdaje się jednak być bardzo przelotne, gdyż czyraki pojawiały się, jeżeli na dobę przed wtarciem gronkowców drożdży nie podano, choćby je nawet przedtem podawano tygodniami.

Wstrzykiwanie drożdży pod skórę i do żył nie tylko nie jest skuteczne, ale nawet szkodliwe. Po wstrzyknięciu do żył króliki rychło giną; wstrzyknięte zaś pod skórę rozrastają się drożdże w wielkie guzy, przyczem surowica zwierząt, w ten sposób szczepionych, nabiera własności aglutynowania gronkowców.

Właściwy składnik działający można, według Sergenta, wyciągnąć zapomocą wody z drożdży, zabitych wyskokiem. Wyciąg ten

wodny podawany wewnętrznie po 50—80 ctm. sześć. dziennie, działał u królików równie skutecznie, jak same drożdże. U ludzi, dotkniętych czyrakami, działał ów wyciąg, według Sergentha, również nie gorzej od żywych drożdży. *C.*

Gurewicz. **Nowa metoda wydostawania soku z żołądka człowieka.** (*Russkij Wracz*, 1903, Nr. 18). Gurewicz (Petersburg) przekonał się na psach, że wydzielina soku żołądkowego nie ustaje w razie szybkiego pozbawienia żołądka jego treści pokarmowej; podrażnienie, wywołane pokarmem, trwa jeszcze jakiś czas, sprowadzając sok o własnościach prawidłowego soku żołądkowego. Sok ten, wydzielający się według prawa inercyi, nazywa G. „następowym". Podobną metodę zastosował G. i u ludzi. Wydostawszy treść żołądka naczczo i przepłokawszy go starannie, wprowadza G. pokarm, składający się z chleba i herbaty lub z chleba i bulionu mięsnego, lub wreszcie z mięsa, mleka i niektórych innych substancyi. Po upływie pewnego czasu G. wydostaje treść żołądka i znowu przepłokuje go do doszczętnego wydalenia zawartości pokarmowej. Wydostając następnie metodą aspiracyjną co 2—3' treść żołądkową, otrzymywał autor początkowo niewielkie ilości soku, rozcieńczonego resztą przepłóczyn, wreszcie otrzymywał autor już czysty sok, którego siła trawiąca znacznie przewyższała sok pierwotny. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Bielajew. **Schorzenia rzekomodurowe.** (*Russkij Wracz*. 1903, Nr. 20—21). Na podstawie własnych badań i jednego spostrzeżenia klinicznego przychodzi B. do wniosków, że 1) schorzenia, wywołane prątkami durowymi, mogą być odróżnione od wywołanych prątkami rzekomodurowymi; 2) prątki rzekomodurowe różnią się cechami aglutynacyi nie tylko między sobą, lecz i od innych przedstawicieli gromady *coli-typhus;* 3) prątki durowe i rzekomodurowe mogą być wyhodowane z kału, moczu, krwi i z plamek różyczki; 4) najwcześniej, jakkolwiek nie zawsze, hodowle prątka mogą być otrzymane z kału; z plamek różyczki i z moczu można je otrzymać zaledwie w 2-im tygodniu choroby; czyste hodowle otrzymują się odrazu ze krwi żylnej; 5) dla wyodrębnienia prątków durowych i rzekomodurowych z kału i z moczu najużyteczniejszą jest odżywka Drigalskiego i Conradiego. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Babiński. **Przyczynek do leczenia chorób usznych nakłuciem lędźwiowem.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 23). B. podaje 8 przypadków, w których istniały po części choroby błędnika ze zbiorem objawów Meniera, po części zaś było ropienie ucha środkowego i schorzenie mieszane. Słuch nie zawsze się poprawił, ale we wszystkich przypadkach nakłucie lędźwiowe miało wyraźnie korzystny wpływ na podmiotowe wrażenia słuchowe, które się znacznie zmniejszyły. Rzecz naturalna, że skutki takie są możebne tylko wtenczas, jeżeli błędnik nie jest zniszczony. Skoro jednak w ogólności nie można w każdym przypadku stwierdzić stanu tego narządu, z drugiej strony nakłucie to nie pociąga za sobą żadnych niebezpieczeństw, przeto, wnioskuje Babiński, powinno się na razie wykonywać ten zabieg u wszystkich chorych, dotkniętych przewlekłem cierpieniem ucha środkowego. *Spira.*

Dr. Beschoren. **O pewnej odmianie opatrunków spirytusowych Salzwedela.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 28). Modyfikacya autora polega na tem, że do okładów używa mięszaniny po równych częściach 1% rozczynu octanu glinowego i alkoholu absolutnego. Skutkiem odczynu chemicznego mięszanina ta znacznie się ogrzewa. W niej macza płaty gazy, osłania nimi okolicę, zajętą sprawą zapalną, gazę przykrywa papierem gutaperkowym, nań zaś kładzie watę i przymocowuje opaską. Okład ten zmienia po 24 godzinach, opatrunki te działają co najmniej równie dobrze, jak i opatrunki Salzwedela, a dla chorych są nierównie drzyjemniejsze od tamtych. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

A. Kovats (Budapeszt). **O wartości niektórych nowszych środków w leczeniu suchot.** (*Ungar. med. Presse*, Nr. 22, 1903). Autor stosował kilka nowszych leków przeciwgorączkowych w suchotach płucnych. Aspirynę podawał w dawkach ćwierćgramowych 2—4 razy dziennie. Wyniki były bardzo dobre. W więcej niż połowie przypadków ciepłota obniżała się o $^1/_2$—$1^1/_2$ stopni; okres bezgorączkowy trwał 4—12 godzin, poczem gorączka znowu szybko lub powoli się wzmagała. Nieprzyjemnych objawów ze strony żołądka nie spostrzegał. Aspiryna, podana w małych dawkach i w różnych porach dnia, nie sprowadzała pocenia się. Cytrofen podawał K. w 10-ciu przypadkach, jednak bez skutku. Stosując wieczorami gwakamfol przeciw nadmiernym potom, przekonał się K., iż po dawkach 0.25—0.5, po 2—3 dniach ustaje nadmierne pocenie się na kilka dni, nawet na kilka tygodni. Wyników, jakie miał osiągnąć Lange w krwotokach płucnych zapomocą adrenaliny, K. potwierdzić nie może. *Basckkopf.*

Huchard omawia leczenie stanu podwyższonego ciśnienia krwi, które poprzedza zwapnienie naczyń i choroby serca, powstające na tle schorzeń naczyń (*cardiopathies artérielles*). Stany te zwalczać należy środkami, obniżającymi parcie krwi, a tu należą według H.: dyeta mleczno-roślinna, mięsienie, pewne wody mineralne moczopędne i azotyny (nitrogliceryna, azotyn amylowy, sodowy i inne), oraz pewne preparaty organoterapeutyczne, jak wyciąg z gruczołu tarczykowego i jodotyryna, wyciąg z grasicy, który szczególnie do celów tych ma się nadawać i zupełnie nie zagraża żadnemi niebezpieczeństwami; u kobiet zaś w okresie przejściowym życia stosuje się wyciąg z jajników. H. przestrzega z naciskiem przed stosowaniem kąpieli, zawierających bezwodnik węglowy: o ile korzystnie one działają w wadach zastawkowych, gdzie podnoszą parcie, tu wprost szkodzą. H. przytacza przypadki, w których kąpiele w Nauheim sprowadzały śmierć w następstwie wzmożonego parcia lub ostrego obrzęku płuc.

Achard zauważył po wstrzyknięciu 1 litra fizyol. rozczynu soli kuchennej choremu na zapalenie płuc w okresie zmniejszonego wydzielania chlorków, wystąpienie całego zbioru objawów oponowych, mianowicie: podniecenia, bredzenia, sztywności karku i objaw Kerniga. Przy nakłuciu lędźwiowem wytrysło silnym strumieniem 20 ctm.³ przezroczystej cieczy mózgowo-rdzeniowej, nie zawierającej ani bakteryi, ani pierwiastków komórkowych. Objawy tego samego dnia ustąpiły.

W dwóch przypadkach, w których A. wstrzykiwał podskórnie wycieńczonym oseskom roztwór fizyol. soli, występowały stale po wstrzykiwaniach obrzęki skóry, nawet w miejscach odległych, które jednak znikły z zaprzestaniem wstrzykiwań. Zatem w przypadkach zatrzymywania chloru przez ustrój, nawet przy braku zapalenia nerek lub cierpień serca wstrzykiwania soli mogą wywołać obrzęki, a nawet mózgowe objawy wskutek obrzęku przestworów podpajęczych. (*Semaine médicale*, Nr. 27, 1903). *Orzechowski.*

Blondel. **Zastosowanie terapeutyczne surowicy mleka.** (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* 1903, Nr. 11). Po strąceniu z mleka kwasem sernika otrzymuje Blondel surowicę, którą przechowywa w obecności bezwodnika węglowego. W zatopionych rurkach utrzymuje się długi czas bez zmiany. Wstrzyknięta pod skórę, działa moczopędnie, przyczem w moczu pojawiają się wytwory przemiany materyi w zwiększonej ilości. W ostrych chorobach zakaźnych surowica ta obniża ciepłotę znacznie i szybko. Najlepsze wyniki otrzymywał autor w gorączce połogowej. Działanie przeciwgorączkowe stawało się energiczniejszem pod wpływem dodatku do każdorazowego wstrzyknięcia surowicy po 0·5 do 0·10 chininy (chininum sulfuricum). Dawki surowicy: 10 do 20 ctm.³, w wyjątkowych przypadkach 60 ctm.³ dziennie. *O.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 1 maja 1903 r.

(Klinika chorób kobiecych).

Przewodniczący kol. Łukasiewicz. Obecnych członków 43.

I Kol. przewodniczący poświęca gorące wspomnienie śp. ko. Jasińskiemu, b. wiceprezesowi Tow. lekarsk. lwowskiego. Cichą i niestrudzoną pracą było jego życie, a zebrany z mozołem grosz po więcił na szlachetny cel wspierania wdów i sierót po lekarzach. Podając do wiadomości zebranych, że zarządzoną zostanie składka w celu wyrównania kosztów pogrzebu śp. Jasińskiego, który na ten cel skromną tylko kwotę przeznaczył, wzywa przewodniczący obecnych, by powstaniem uczcili pamięć zmarłego.

II. Wniosek kol. Stroynowskiego, by uczcić pamięć śp. kol. Jasińskiego zawieszeniem jego portretu w sali posiedzeń naukowych Tow. lek. lwowsk., odesłano do Rady zawiadowczej Tow. lek. galicyjskich.

III. Kol. Ziembicki G. przedstawia chorą, u której dokonano wycięcia nerki, poczem kol. Leńko demonstruje wprowadzanie wgłębnika do moczowodu wyciętej nerki.

IV. Kol. Sołowij: »O potrzebie reformy przepisów służbowych, nauczania i doboru położnych«. Stwierdzając powszechne dążenie w Towarzystwach ginekologicznych, tudzież w piśmiennictwie lekar-

skiem, skierowane ku osiągnięciu coraz lepszych położnych, omawia prelegent reformy, które wydają się mu przedewszystkiem pożądane. Co do przepisów służbowych dla położnych podnosi potrzebę zaprowadzenia używania sublimatu, jako środka przeciwgnilnego, przeznaczonego do wyjaławiania rąk położnych, zalecając dla bezpieczeństwa papierki napojone sublimatem. Zwraca uwagę na konieczną potrzebę bezpłatnego zaopatrywania położnych w środki i przybory, potrzebne do przeprowadzenia postępowania przeciw — i bezgnilnego, tudzież na konieczną potrzebę zaprowadzenia obowiązkowego zapobiegawczego zakraplania oczu noworodków bezpośrednio po porodzie 1% rozczynem octanu srebrowego. W celu zaś ulepszenia wyszkolenia i nauczania położnych zaleca dążyć do zakładania większej liczby szkół położnych, zakładania poliklinik położniczych będących w związku ze szkołami położnych, tudzież kursów powtarzających dla położnych podczas gdy zabezpieczenie pewnych, choćby minimalnych dochodów położnym ze strony państwa, tak samo jak zabezpieczenie położnych na wypadek niezdolności do pracy z powodu choroby, starości lub kalectwa nagłego, potrafiłoby zachęcić osoby etycznie wyżej stojące do oddawania się zawodowi położnych. (Autoreferat).

Kol. Sołowij czyni wniosek, by wybrać komitet złożony z trzech, któryby się zajął wypracowaniem odpowiedniego memoryału.

Po przeprowadzeniu dyskusyi, w której zabierali głos koledzy: Mars, Merunowicz, Sołowij, Szulisławski, Kadyi i Ziembicki, uchwalono wezwać wszystkich ginekologów, którzy z pośród siebie wybiorą komitet, mający zająć się wypracowaniem memoryału, a zarazem upoważnić ten komitet do postanowień imieniem Tow. lekarsk. lwowskiego.

V. Kol. Mars oprowadza zebranych po salach kliniki chorób kobiecych, wskazując im wszelkie ulepszenia w kierunku aseptyki i urządzeń klinicznych. *Dr. Świątkiewicz*, sekretarz.

Nadzwyczajne posiedzenie naukowe z dnia 8 maja 1903 r.

(Szpital powszechny).

Przewodniczący kol. Ziembicki. Obecnych członków 32.

I. Kol. Wiczkowski przedstawia chorą z oddziału szpitalnego, u której rozpoznaje tętniaka łuku zstępującego aorty z następowym uciskiem na tętnicę płucną i objawami jej zwężenia. U chorej wystąpiło również porażenie więzadła lewego krtani.

Kol. Kikinger rozpoznaje i uzasadnia rozpoznanie *insuff. et stenosis mitralis*, w tym przypadku nie odnosząc wrażenia, by przyczyną objawów chorobowych był tętniak.

II. Kol. Merunowicz *(j.)* przedstawia 1) chorą z objawami tętniaka ramienia wstępującego tętnicy głównej; 2) chorą z objawami kamicy żółciowej. (Chorzy z oddziału szpitalnego prym. Wiczkowskiego).

III. Kol. Leńko omawia ogólnie postępowanie przy zabiegu zgłębnikowania moczowodów. Przed zabiegiem podaje czopek morfinowy i wstrzykuje eukainę 10%. Pęcherz wypełnia wodą zimną, lodową, wyjałowioną. W 37 przypadkach nie zauważył zupełnie krwawienia.

Obecnie przedstawia chorą, u której wywiady wskazują na przebyte przed 3 laty zapalenie nerek, połączone z krwawieniami. Od tego czasu ogólne niedomaganie, a od 3 tygodni ciągłe krwawienie. Zgłębnikowaniem moczowodu lewego wydobyto po 5 godz. około 2 gramów płynu ropiastego, krwawego. Badanie mikroskopowe wykazało ciałka ropne i krew. Po założeniu zgłębnika do moczowodu nerki zdrowej wydobyto po 1 godzinie około 40 ctm^3 moczu. Pierwsza część czysta, druga krwawo zabarwiona. Drobnoustrojów patologicznych nie można było jednak wykazać. Po badaniu wystąpiły u chorej ból głowy i wymioty, bez podwyższenia ciepłoty. Podrażnienie to tłómaczy prelegent oddziaływaniem na wprowadzenie ciała obcego do ustroju. Prelegent omawia kryoskopię moczu. U chorej rozpoznano nowotwór nerki lewej.

Dyskusya. Kol. Ziembicki G. zapytuje, czy zgłębnik nie zatorował częściowo drogi odpływu moczu i czy to nie dało powodu do wydobycia tak nieznacznej ilości moczu. Rozpoznanie nowotworowej sprawy, mimo ujemnego badania w kierunku gruźlicy, wobec trwającej 3 lata sprawy chorobowej i wobec braku zupełnego charłactwa wydaje mu się za śmiałe.

Kol. Gluziński A. zwraca uwagę na niebezpieczeństwo wstrzykiwania eukainy do pęcherza, w którym łatwe wchłonienie może mieć miejsce, jeżeli napotka się tam na nadżerkę lub owrzodzenie. Co do badania nerki zdrowej zgłębnikiem, po przekonaniu się o zajęciu chorobowem nerki pierwszej, badanie to uważa za ryzykowne ze względu na zawleczenie do zdrowego moczowodu drobnoustrojów. Krwawienie z nerki zdrowej po zgłębnikowaniu odnosi do przekrwienia, powstałego wskutek zatamowania odpływu moczu (częściowego). Ten sam objaw można zauważyć przy podwiązywaniu moczowodów w celach doświadczalnych przeprowadzanem u zwierząt. W krótkim przeciągu czasu po podwiązaniu występuje przekrwienie nerki i wybroczyny. Co do rozpoznania, byłby za sprawą gruźliczą ze względu na dobry wygląd chorej i okazanie się ropy wraz z krwią. Badanie na prątki daje często wynik ujemny, również szczepienie na królikach, a jednak sprawa pozostaje gruźliczą.

Kol. Ziembicki zgadza się z kol. Gluzińskim co do ostrożności, z jaką należy przystępować do badania zgłębnikiem nerki zdrowej. Radzi w niejednym przypadku użyć separatora.

Kol. Mayer zwraca uwagę, że Israel już dawno zarzucił myśl zgłębnikowania moczowodów.

Kol. Barącz opisuje separator, radzi jego użycie i sądzi, że w największej liczbie przypadków zgłębnikowanie moczowodu zdrowej nerki jest zbyteczne.

Kol. Herman podnosi znaczenie badania zgłębnikiem i nerki zdrowej ze względu na jej funkcyę, przytaczając na dowód kilka przypadków, gdzie zaniedbanie zbadania jej dało niespodzianki przykre przy zabiegu operacyjnym. Casper jest za zgłębnikowaniem.

Kol. Zajączkowski demonstruje szereg środków leczniczych, używanych na oddziale wewnętrznym I. *Dr. Świątkiewicz*, sekretarz.

Posiedzenie naukowe z 22 maja 1903 r.

Przewodniczący kol. Łukasiewicz. Obecnych członków 35.

I. Przewodniczący przedstawia kol. Romana Merunowiza, jako członka Tow. lek. lwowskiego.

II. Przewodniczący odczytuje pismo Komitetu medyków, zapraszające Tow. lek. lwowskie do wzięcia udziału w ankiecie nad sprawą poprawy bytu lekarskiego, mającej się odbyć we Wiedniu.

Uchwalono prosić kol.: Sielskiego, Uhmę, Pilewskiego, Matkowskiego i Ozarkiewicza, by jako delegaci Tow. lek. lwowskiego w ankiecie tej udział wzięli.

III. Kol. Czaplicki: »Przypadek krwotoku zamacicznego«. Prelegent przedstawia i omawia przypadek krwotoku zamacicznego, demonstrując wydobyty drogą operacyjną płód trzymiesięczny.

IV. Kol. Breiter demonstruje nowsze narzędzia, używane w klinice położniczo-ginekologicznej.

V. Kol. Mars: »Ogólne uwagi w sprawie stosowania postępowania bezgnilnego w praktyce prywatnej«. Podnosząc ważność zżycia się z postępowaniem bezgnilnem, wykazuje prelegent braki w tym kierunku spotykane u lekarzy praktycznych. Już w pierwszych latach studyów uniwersyteckich powinni słuchacze być wyszkoleni do postępowania bezgnilnego, powinni wychować się w takiem postępowaniu. Tylko w ten sposób można mieć rękojmię, że zadość uczynią zawsze wymaganiom, koniecznym w tym kierunku.

W dyskusyi zabierają głos kol.: Kadyi, Sieradzki, Łukasiewicz, Hojnacki, Ziembicki, Kuczera, Mars.

Kol. Kadyi zwraca uwagę, że dla bezpieczeństwa słuchaczy zwłoki są nastrzykiwane chloralhydratem lub formaldehydem. Prócz tego do umycia rąk jest i sublimat. W anatomii patologicznej podobne nastrzykiwania nie dałyby się przeprowadzić. Trzebaby porozumieć się i zastanowić, jakby można młodzież do czystości wprost i porządku już w pierwszych latach studyów przyzwyczajać.

Kol. Sieradzki sądzi, że gra tu rolę w znacznej części wychowanie domowe.

Kol. Łukasiewicz jest za dokładnem wyszkoleniem w tym kierunku młodzieży, dając przykłady, gdzie ludzie zresztą z innych punktów widzenia zdolni i sławni popełniali błędy, właśnie wskutek braku wyszkolenia.

Kol. Hojnacki: Lekarze wychodzą wyszkoleni dobrze, ale często pozbawieni wspaniałości klinicznych, nie umieją sobie bez nich dać rady. Z drugiej strony położnictwem zajmują się nie specyaliści-lekarze nieprzyzwyczajeni do odpowiedniej czystości. Wielu niewłaściwościom zapobiegłoby ustanowienie posad miejskich akuszerów.

Kol. Ziembicki G: Do pewnego automatyzmu można dojść, ale wielu zatraca go na prowincyi. W zakładzie anatomii opisowej słuchacze powinni nauczyc się myć. W pracach anatomiczno-patolo-

gicznych mogliby używać rękawiczek gutaperkowych. Z jednej strony ważnem to jest w kierunku wyszkolenia się, z drugiej zaś, by słuchacze nie byli rozsadnikami chorób.

Kol. Kuczera zwraca uwagę na niemożliwość nastrzykiwania zwłok w instytucie anatomo-patologicznym ze względu na następne badania. *Dr Świątkiewicz*, sekretarz.

Posiedzenie naukowe z dnia 5 czerwca 1903 roku.

Przewodniczący kol. Łukasiewicz. Obecnych członków 23.

I. Kol. przewodniczący odczytuje pismo Zboru izraelickiego, zapraszające członków Towarzystwa lek. lwowskiego do wzięcia udziału w poświęceniu szpitala im. Lazarusa dla chorych wyznania mojżeszowego.

II. Kol. Sołowij przedstawia chorą, u której w przeciągu lat 10 wykonano trzykrotną laparotomię. Pierwsze dwie operacye były wykonane z powodu torbieli jajnikowych, ostatnia w celu usunięcia torbieli pozaotrzewnowej. Prelegent zwraca uwagę na zmiany powstałe na skórze twarzy w postaci rumienia, dającego się wprowadzić w związek z poprzedniemi cierpieniami.

III. Kol. Ziembicki G.: Demonstracya przyrządu Cathelina, rozdzielającego w pęcherzu mocz obydwóch nerek. Próbne badania, przeprowadzone w chirurgicznym oddziale szpitalnym, dały wyniki zadawalające.

IV. Kol. Kučera demonstruje preparaty anatomo-patologiczne:

1) Przepuklina przeponowa u chłopca 16-letniego. Śmierć nastąpiła wskutek przedarcia się worka przepuklinowego i dostania się znaczniejszej części pętli jelitowych i żołądka do jamy klatki piersiowej, wywołując uduszenie.

2) Przypadek ostrego zapalenia trzustki. *(pancreatitis haemorrhagica acuta)*. Przedstawiając preparaty mikroskopowe omawia prelegent formy schorzenia. Zwraca uwagę na powstawanie obumarcia tłuszczowego, którego zauważenie może dać cenne wskazówki chirurgom. Przyczyny powstawania schorzenia a) nieżyt żołądkowo-dwunastnicowy; b) kamica żółciowa; 3) nowotwory przerzutowe. Przebieg przewlekły lub ostry. Drobnoustrojów swoistych nie wykazano. Objawy cierpienia; ból w okolicy żołądka, wymioty, zaparcie stolca, guz macalny, cukier w moczu jako niestały składnik. Bóle nie ustępują nawet po wstrzyknięciu morfiny. Leczenie w pierwszej chwili wyczekujące, gdzie zaś jest podejrzenie na torbiele — operacyjne.

Kol. Ziembicki przytacza przypadek wspólnie z R. D. Rydygierem rozpoznanego ostrego zapalenia trzustki.

Dr. Świątkiewicz, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 25 listopada 1903 roku.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 40.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Wybrano jednogłośnie Komitet przedwyborczy o następującym składzie: kol. Prof. Jakubowski jako przewodniczący; jako członkowie: kol. kol. Aronsohn Julian, Braun, Ehrenpreis, Filipkiewicz, Frączkiewicz, Grażyński, Jaugustyn, Junger, Kostanecki, Kwiatkowski Benedykt, Majewski, Mączka, Murdzieński, Pieniążek, Reiss, Seńkowski, Spira, Surzycki, Urbanik, Wachholz, Żeleński.

III. Wybrano jednogłośnie na członków Towarzystwa kol. Habichta Kazimierza i kol. Nowotnego Franciszka.

IV. Kol. Prof. Klecki wypowiedział zapowiedziany odczyt: »O podstawach fizyologicznych antialkoholizmu«. (Rzecz przeznaczona do druku)

Dyskusyę z powodu spóźnionej pory odroczono do posiedzenia następnego. *Dobrowolski*, sekretarz doroczny.

VIII. Lekarz szkolny przy Uniwersytecie Jagiellońskim.

Notatka historyczna.

Dra Jana Lachsa w Krakowie.

Kiedy w ostatnich latach poczęto nieco więcej zastanawiać się nad poprawą stosunków sanitarnych w naszych szkołach i poruszono sprawę lekarzy szkolnych, zwracali niektórzy uczeni uwagę ogółu na fakt, że instytucya lekarzy szkolnych nie jest czemś nowem w rozwoju urządzeń sanitarnych naszego szkolnictwa, a temsamem ponowne wprowadzenie jej jest jedynie chwalebnem naśladowaniem tego, co już raz u nas istniało. W szczególności, jako na doskonały typ organizacyi sanitarno-szkolnej, wskazywano na Czackiego, na jego zarządzenia i instrukcyę dla lekarzy w szkole krzemienieckiej.

Badając akta archiwalne w innym celu, natrafiłem na wskazówki, które kazały mi przypuszczać, że i Czacki już miał w tym kierunku poprzedników, którzy ideę jego wyprzedzili nawet o kilka wieków, co jednakowoż bynajmniej nie umniejsza zasług założyciela gimnazyum wołyńskiego. To, co tak słusznie podnosimy w pedagogiczno-sanitarnych zarządzeniach Czackiego, znajdujemy w zasadzie przeprowadzone w Uniwersytecie Jagiellońskim jeszcze w roku 1569, a stan ten aż do objęcia rektoratu przez Kołłątaja stale się utrzymywał. Mamy tu na myśli fundacyę Piotra z Poznania, która nie miała przecież innego celu, jak ustanowienie lekarza dla niezamożnych uczniów i zapewnienie kształcącej się młodzieży pomocy lekarskiej. Gdybyśmy się ograniczyli do tego jedynego faktu, popadlibyśmy w błąd i nie odpowiedzielibyśmy w zupełności wymaganiom prawdy historycznej. Młodzieży kształcącej się i w innych miastach polskich zapewnioną była nietylko pomoc lekarska pod formą porady, lecz umożliwiono jej leczenie się przez bezpłatne udzielanie leków i wystawienie dla niej oddzielnego szpitala („szpital żaków"). Szpital taki założono n. p. już w r. 1430 w Poznaniu, a „rada", jako najwyższy organ samorządu miejskiego, udzieliła w uznaniu ważności takiej instytucyi zezwolenia na jego otwarcie i wzięła pod swoją opiekę zapisy dla niego poczynione. (*Item Niclos Rymar vendidit et resignavit braseatorium suum..... Quequidem domine prefate ob salutem animarum progenitorum suorum prefatum braseatorium pye propter deum pro hospitali ibidem erigendo pro pauperibus et infirmis presbiteris scolaribus peregrinis et aliis infirmis quibus oportet, legaverunt, tali condicione, quod, quando aliquis infirmorum volente deo de hac luce migraret, extunc omnes res ipsius, lectisternia et pecunie, que post se in hospitali relinquerit (!) omnia premissa super pauperes et hospitale prefatum devolvi debent pleno ure......* [1]). Podobny szpital na 12 łóżek istniał nieco później także i w Krakowie. W roku bowiem 1464 przyrzeka biskup krakowski Jan łaski niebieskie tym, którzy się darami przyczynią do zapewnienia bytu szpitala żaków, znajdującego się przy ulicy Szpitalnej, a będącego w stanie opłakanym. „... *domus hospitalis pro pauperibus infirmis delibusque et miserabilibus personis scolaribus erecta et edificata in platea Spytalna wlgariter nuncupata, in Civitate Cracoviensi sita, ita misera tamque pauper et defectuosa existat, sic, quod...*" [2]). Rajcy zaś krakowscy, przyjmując zapis kasztelana sandomierskiego Hinczy z Rogowa w kwocie 3000 flor. dla szpitala św. Ducha i żaków, wspominają o tym ostatnim, jako o jeszcze niedawno wybudowanym. („*Nos Consules Civit. Cracov. recognovimus, quod nos magnif. domino Hyincza de Rogow castellano Sandomir. vendidimus 120 flor. aur. census anni pro 3000 flor. titulo reemptionis in et super pensa minori et domino pellificum nostrae Civitatis* — „*inscribentes juxta voluntatem ipsius domini Hyincza et vivae vocis suae oraculo commissionem annum censum 120 flor. ipsis pauperibus hospitalis S. Spiritus in Cracouia et infirmis Scholaribus in hospitali noviter edificato in platea Hospitalis sito decumbentibus juxta novum dearticulatum infra descriptum"...... tali conditione, quod.....*" [3]). Szpital ten cieszył się szczególniejszą opieką ojców miasta, którzy wyznaczali co roku ze

[1]) A. Warschauer: Stadtbuch von Posen 1892, T. I.

[2]) Piekosiński: Kodeks dyplomatyczny miasta Krakowa (1257—1506). Kraków, 1882.

[3]) Piekosiński: Kodeks dyplomatyczny miasta Krakowa.

szkatuły miejskiej pewną sumę jako wsparcie dla niego[4]) i wybierali prowizora szpitalnego.

Wspominając tylko mimochodem o tych kilku faktach, nie wyczerpaliśmy jeszcze całkowitego materyału, gdyż obok chorej młodzieży szkolnej pomyślano i o zdrowej, dając jej możność pamiętania o czystości ciała przez zapewnienie jej bezpłatnej kąpieli w łaźni. Mamy tu na myśli fundacyę księdza Jana Karwickiego, dziekana katedralnego we Lwowie. Fundacya ta weszła w życie w roku 1507 i nakładała na Radę miejską lwowską obowiązek wypłacania co roku łaziennikowi miejskiemu sumy 5 grzywien pod warunkiem, by pozwolił się co tydzień w poniedziałek bezpłatnie kąpać nauczycielowi szkoły miejskiej, wszystkim uczniom tejże szkoły i sześciu kapłanom[5]). Wprawdzie i przed wejściem w życie tej fundacyi umożliwiono już uczniom korzystanie z łaźni, lecz pozwolenie to ograniczono jedynie do liczby trzydziestu; uczniowie musieli się zawsze wykazać specyalnem zezwoleniem rektora, które jednak otrzymywać mogli zaledwie co trzeci tydzień. W łaźni obowiązani byli studenci śpiewać wedle zwyczaju psalm „*De profundis clamavi*“ i pieśń „*Ave maris stella*“. Musiało więc użycie łaźni być bardzo już naówczas rozpowszechnione, a potrzebę jej, jak się zdaje, uznawano ogólnie.

W dalszej konsekwencyi należałoby tu może wspomnieć i o mieszkaniach dla studentów, lecz to zaprowadziłoby nas znacznie dalej, aniżeli zamierzaliśmy i przekroczyłoby zakres skromnej notatki historycznej, która ma na celu zapoznanie czytelnika z jednym tylko faktem, zdaniem naszem tem donioślejszym, że o nim zdaje się, zupełnie zapomniano.

Już w roku 1505 złożył Maciej z Miechowa, filozofii i medycyny doktór, naówczas kanonik krakowski, fundusz 600 czerwonych złotych, z którego dochodów miała się utrzymywać jedna katedra medycyny, a każdorazowemu profesorowi tejże katedry nałożył on obowiązek bezpłatnego udzielania pomocy lekarskiej jednemu ubogiemu i to raz na tydzień. Skromna ta fundacya nie miała większego znaczenia z powodu bardzo nieznacznego zakresu, jaki jej fundator przyznał pod względem higienicznym. Natomiast świadczy ona o zrozumieniu prawdziwych potrzeb ubogich i stanowi pierwowzór dla tej fundacyi, która nas dziś właśnie zajmuje. (Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 10 grudnia.

* Wydział krajowy mianował prymaryuszem oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie Dr. Józefa Bogdanika, prymaryusza w Białej.

* Zaszczytnie znany chemik, doc. Dr. Leon Marchlewski otrzymał tytuł profesora.

* Nagroda Nobla w kwocie 140·000 fr. przyznaną została pani ze Skłodowskich Curie i jej mężowi za wynalezienie nieznanego do tej pory pierwiastka „radium“.

* „Biblioteka lekarska“, wychodząca w Warszawie pod redakcyą Dr. Józefa Zawadzkiego, zapowiada na rok 1904, oprócz dokończenia rozpoczętych dzieł: Dieulafoy'a, Landerera i Rungego, następujące podręczniki: Moraczewskiego: Podręcznik do badań kliniczno-chemicznych; Brunnera: Technika bakteryologiczna w zastosowaniu do badań klinicznych; Comby'ego: Podręcznik chorób dzieci; Jessnera: Krótki podręcznik chorób skórnych; Pozzi'ego: Choroby kobiece; Sonnenburga i Mühsama: Technika operacyi i opatrunków. Cena roczna „Biblioteki lekarskiej“ wynosi 8 rubli.

* Redakcya „Przeglądu filozoficznego“ ogłasza konkurs na 2 rozprawy: 1) O przyczynowości i 2) O metodzie w etyce. Rozprawy muszą być napisane oryginalnie i samodzielnie, z uwzględnieniem dotyczącej literatury i wymagań metody naukowej. Szczególny nacisk należy kłaść na ścisłość w rozumowaniu i na jasność w przedstawieniu rzeczy. Objętość rozpraw nie powinna przenosić czterech arkuszy druku formatu „Przeglądu filozoficznego“. Rękopisy, pisane maszyną, zaopatrzone godłem, wraz z nazwiskiem autora w zamkniętej kopercie, należy nadesłać najdalej do dnia 15 lutego 1905 r. pod adresem: Warszawa, ul. Mokotowska Nr. 47. Redakcya »Przeglądu filozoficznego«.

W konkursie brać udział mogą tylko autorowie polscy.

Dwa najlepsze opracowania tematów konkursowych otrzymają nagrodę po 500 rubli i będą wydrukowane w „Przeglądzie filozoficznym“. Inne zaś prace, nienagrodzone, ale przeznaczone do druku w »Przeglądzie filozoficznym«, otrzymają honoraryum autorskie w kwocie rb. 20 od arkusza.

Skład sądu konkursowego będzie ogłoszony w następnym zeszycie „Przeglądu filozoficznego“.

* Nakładem niemieckiego Towarzystwa wydawniczego w Stuttgarcie, Berlinie i Lipsku pojawi się w ciągu roku 1904 dzieło, będące wielce na czasie, a przeznaczone dla szerokich kół społeczeństwa, p. t. „Zdrowie, jego utrzymanie, zaburzenia i uzdrowienie“. (*Die Gesundheit, ihre Erhaltung, Störungen und Wiederherstellung. Ein Hausbuch*).

Dzieło to, którego celem jest wyparcie z obiegu szkodliwych a bardzo rozpowszechnionych podobnych publikacyi, ogłaszanych przez partaczy, wyjdzie pod redakcyą prof. Dra Kossmanna (Berlin) i Doc. Dra J. Weissa (Wiedeń), jako dzieło zbiorowe.

Dostateczną miarą wartości tego dzieła jest przyjęcie udziału w jego opracowaniu przez Prof.: Leydena, Senatora, Lessera, Fritscha, Briegera, Gusserowa z Berlina; Exc. Prof. Czernego, Jurasza, Vulpiusa z Heidelbergu; prof. Mosetiga i Fingera, z Wiednia; prof. Ellischera z Pesztu; prof. Kleinwachtera z Czerniowiec; Prof. Loosa z Insbruku; prof. Brandta z Koloszwaru; prof. Eichhorsta z Zurychu, prof. Hilberta z Królewca; prof. Sommera z Giessen; prof. Kohna z Wrocławia; prof. Lubarscha z Poznania i prof. Wachholza z Krakowa. Prof. Wachholz zaproszony tymi dniami przez komitet redakcyjny do współpracownictwa, opracowuje dział trucizn i otruć.

* Towarzystwo im. Röntgena postanowiło zwołać w r. 1905 w czasie Wielkiejnocy Kongres, poświęcony Röntgenografii, dla uświetnienia 10-tej rocznicy odkrycia promieni Röntgena.

Otrzymujemy następujące pismo:

Wydział Towarzystwa samopomocy lekarzy, wykonywując uchwałę nadzwyczajnego Walnego Zgromadzenia, udał się dnia 1 grudnia *in corpore* do mieszkania swego prezesa, prof. Jordana, aby mu wręczyć ozdobny dyplom pierwszego członka honorowego. Wiceprezes Towarzystwa, Doc. Dr. Braun, podniósł w dłuższem, pełnem swady i polotu przemówieniu, wielkie zasługi prof. Jordana na stanowisku prezesa, który godność tę piastuje od chwili założenia Towarzystwa — i zaznaczył, że Wydział, patrząc przez lat trzy na serdeczną opiekę i niestrudzoną, prawdziwie młodzieńczym zapałem ożywioną pracę swego prezesa około rozwoju Towarzystwa, czuje się nad wyraz szczęśliwym, że może obecnie wykonać uchwałę Walnego Zgromadzenia, będącą najwyższem odznaczeniem, jakiem Towarzystwo rozporządza.

Prof. Jordan, podziękowawszy w ciepłych słowach za ten zaszczyt, podniósł z naciskiem, iż od początku, gdy Towarzystwo się zawiązywało i natrafiało z wielu stron na niechęć, on jeden dopatrzył się w niem myśli dobrej i pożytecznej, ciesząc się, że znalazło się przecież grono ludzi, które ją podjęło, toteż bez wahania przyjął godność prezesa. Odznaczenie, jakie go teraz spotyka, jest mu tem milszem, że w Wydziale zasiadają koledzy o bardzo różnych przekonaniach politycznych, a mimo tego przez szereg lat zgodnie pracują dla dobra całego stanu lekarskiego, dając tem rzadki, a piękny przykład, jak skutecznie można działać wspólnemi siłami tam, gdzie zapatrywania polityczne w grę nie wchodzą i wchodzić nie powinny. *Dr. L.*

Mianowania i odznaczenia. Dr. Siebenmann został mianowany zwycz. profesorem laryngologii w Bazylei. Dr. Schulz (fizyolog) otrzymał tytuł profesorski. Dr. Reichenbach mian. profesorem nadzwycz. chemii lekar. i higieny w Getyndze. Dr. Martin mian. profesorem kliniki lekar. w Londynie.

Bibliografia:

— ***Medycyna*** Nr. 48. Klejn: O oddziaływaniu leukocytów na nalewkę gwajakową. Higier: W sprawie pulpitów do pisania.

[4]) J. W. Smoniewski: Zbiór wiadomości o magistratach polskich wogóle, a w szczególe o magistracie miasta Krakowa w dawnych czasach. Kraków, 1868.

[5]) D. Zubrzycki: Kronika miasta Lwowa, Lwów, 1844.

— *Gazeta lekarska* Nr. 48. Dunin: Materyały do nauki o stwardnieniu tętnic. Korzon: Doświadczenia nad dezinfekcyą glikoformalem (dok.). Starkiewicz i Gryglewicz: Ze statystyki gruźlicy płuc w oddziale wewnętrznym dawnego i nowego szpitala dzieciątka Jezus (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr. 22. Ciechanowski: Ś p. Włodzimierz Brodowski. Rzeczniowski: Podstawy psycho-fizyologicznej teoryi histeryi (c. d.). Fidler: Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych, oraz statystyka gruźlicy, dotycząca gubernii Radomskiej (c. d.).

— *Zdrowie* Z. 12. Gałecki: Znaczenie klimatu górskiego w leczeniu gruźlicy. Kosscbudzki: Nasze szpitale a gruźlica chirurgiczna. Stolcman: Alkohol a gruźlica.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 48. Haškovec: Exofthalmus v nemoci Basedowově (c. d.). Knop: Tři případy hnisotoku spojiwkového u dospělých. Bašta: Podkožní emfysem při miliarní tuberkulose plic. Neumann: Podobání včelami.

— *La Presse médicale* Nr. 94. Sergent: Postacie rzekomo oponowe zbioru objawów ostrej niewydolności nadnercza. Chavasse i Mahu: Nakłucie lędźwiowe w powikłaniach śródczaszkowych zapalenia ucha środkowego.

— 95. Labbé i Lortat Jacob: Działanie jodu. Jod i utkanie limfatyczne. Langlois: Choroby wywoływane tęgoryjcem we Francyi.

— *Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 48. Ewald: Guzy kiszek w okolicy biodrowej lewej. Edlefsen. W sprawie ostrego zapalenia jelita esowatego. Strauss: Metodyka rektoskopii. Hartwig: Pierwotne ostre zapalenie miedniczek nerkowych u oseska. Krause: Doświadczenia w zakresie chirurgii żołądka. Marmorek: Surowica przeciwgruźlicza a wakcyna.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 48. Voelcker: Rozpoznawanie czynności nerek bez użycia cewnika moczowodowego. Raehlmann: Ultramikroskopowe badanie rozczynów istot białkowatych i wodników węgla, oraz nowa metoda optyczna oznaczania białka w białkomoczu. Heineke: Wpływ X-promieni na zwierzęta. Trommsdorff: Zakaźność dla ludzi Löflerowskich prątków duru mysiego. Wengler: Oznaczenie ciężaru gatunkowego ciała ludzi żywych. Wagner: Pierwotna gruźlica pochodzenia kiszkowego. Hammer: Przyczynek do chirurgicznego leczenia opadnięcia żołądka (dok.). Wolfhügel: Doświadczenia wojskowo-higieniczne w Chinach.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 49. Anton: Przypadek obustronnego niedorozwoju móżdżka z wyrównywującem powiększeniem innych części układu. Mathes: Przyczynek do nauki o cechach płci. Haberer: Kazuistyka stanów następowych po forsownem odprowadzeniu uwięzniętej przepukliny. Fink: Powikłane ostre zamknięcie przewodu żółciowego. Pichler: Następowe zapalenie gruczołu przyusznego w przebiegu zapalenia płuc.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 49. Funke: Rozpoznanie gruczolako-mięśniaka kątów trąbek, oraz uwagi nad gruczolakomięśniakami wielkich rozmiarów. Uhthoff: Pylica żelazna siatkówki i gałki ocznej (dok.). Sack: Przypadek pierwotnej i odosobnionej pierzchnicy czerwonej płaskiej jamy ustnej bez udziału powłok skórnych. Levy-Dorn: Środki ochronne przeciw promieniom Röntgena i ich dozowanie. Busck: Uwagi nad fotometryczną metodą dla oceniania lamp używanych w fototerapii. Wolff: O metodzie Behrendta dla oznaczania cukru. Goldmann: Krytyczne uwagi o wolumetrycznem oznaczaniu cukru w moczu podług Behrendta. Pröscher: Dalsze badania nad Ehrlichowskim dimetylamidobenzalaldehydowym odczynem.

Redakcya otrzymała. Glück: 1) Zur Kenntniss der Paralegrose. 2) Zur Kenntniss der Verbreitungsweise der Lepra. 3) Ueber die Bekämpfung der Volkssyphilis in Bosnien und der Herzegowina. 4) Mittheilungen aus der Abtheilung für Syphilis- und Hautkranke des Bosn.-Herzeg. Landesspitales in Sarajevo (1897—1900). Glück i Wodyński: Die Lepra der Ovarien. Machek: O wartości leczniczej jekwiritolu i surowicy jekwiritolowej.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 48 (od 29/XI do 5/XII) **urodziło się** dzieci . żywo: chł. 22, dz. 26; nieżywo: chł. 4, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 16, kob. 19; zamiejscowych: męż. 15, kob. 16.

	Przyczyna śmierci:	Miejscowi	Obcy	W tym czasie doniesiono o chorobach zakaźnych: Miejscowi	Obcy
1	Niedostateczny rozwój	4	—		
2	Gruźlica	5	5		
3	Zapalenie płuc	9	2		
4	Dławiec i błonica	—	—	1¹)	3
5	Krztusiec	—	—	3	—
6	Ospa	—	—	—	—
7	Płonica	—	4	6²)	2
8	Odra	—	1	48	1
9	Dur osutkowy	—	—	—	—
10	Dur brzuszny	—	—	—	—
11	Czerwonka	—	—	1³)	—
12	Cholera azyatycka	—	—	—	—
13	Cholera dzieci	—	—	—	—
14	Cholera swojska	—	—	—	—
15	Gorączka połogowa	1	1	—	—
16	Zakażenie przyranne	—	3	—	—
17	Inne choroby zakaźne	—	—	—	—
18	Choroby przen ze zwierząt	—	—		
19	Krwotok mózgowy	2	—		
20	Choroby narządu krążenia	5	7		
21	Nowotwory	1	—		
22	Inne przyczyny śmierci natur	6	7		
23	Śmierć przypadkowa	1	—		
24	Śmierć gwałtowna	1	1		
	Razem	35	31		

¹) Zielona 6
²) Kolejowa 7
Tomasza 21
» 31
Podwale 13
Krakowska 25
Dietla 35
³) Podgórska 8

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 16 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne. Na porządku dziennym wybory zarządu na r. 1904.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**